

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Director: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 3-4198

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr \$ 100,00 — Numero avulso Cr \$ 10,00

VOL. LV

Fevereiro de 1948

N. 2

Sumário:

	Pág.
Garlicina — Um novo antibiótico — Dr. PAULO DE ALMEIDA MACHADO E COLABORADORES.....	93
Anestesia raquidiana — Dr. J. SOARES BILHARINHO.....	117
Produção Médica de São Paulo:	
Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.....	139
Associação Paulista de Medicina.....	144
Sociedade Médica São Lucas.....	146
Colégio Brasileiro de Cirurgias.....	148
Sociedade Brasileira de Proctologia.....	148
Sociedade de Oftalmologia de São Paulo.....	150
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	150
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	152
Outras sociedades.....	152
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números.....	153
Vida Médica de São Paulo:	
Professor E. Brumpt.....	156
Novos médicos.....	157
Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas.....	160
Semana contra a tuberculose.....	160
Necrológio.....	161
Assuntos de atualidade:	
Os banhos radioativos.....	162
Congressos Médicos:	
I Congresso médico do Triângulo Mineiro.....	162
Congresso internacional de Psiquiatria.....	164
II Congresso Peruano de Cirurgia.....	164
Congresso das Estâncias Hidro-minerais de Minas Gerais.....	165
IV Curso de Cirurgia da Litíase Biliária.....	166
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	166

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea	gastro-refratária	

INDICAÇÕES: Giardíase intestinalis, Infestação por *Enterobius vermiculares*, *Estrongiloides*, *Estercolaris* e por *Heminolepis*.

LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 6-2955 - S. PAULO

CITONECRON

ex-TONECRON

PRINCÍPIO ANTITÓXICO DO FÍGADO
(fração hidrossolúvel)
ASSOCIADO À VITAMINA B¹

ESTIMULANTE DA FUNÇÃO ANTITÓXICA
— DO FÍGADO —
ALTAMENTE CONCENTRADO E PURÍFICADO

Em duas apresentações:

Ampolas de 3 cm³ com 20 mg. de Vitamina B¹

” ” 1 ” ” 5 ” ” ” ”

Únicos Distribuidores:

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

PRAÇA DA LIBERDADE, 91

SÃO PAULO



Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

Vol. LV

Fevereiro de 1948

N. 2

Garlicina — Um novo antibiótico*

Dr. Paulo de Almeida Machado

Biologista, chefe dos laboratórios

Dr. M. Gutierrez Durán

Assistente farmacologista

Jean D. Cross

Assistente, química orgânica

Dora Carvalho dos Santos

Assistente, química analítica

*Dos laboratórios de pesquisas da Cla. Johnson & Johnson do Brasil,
em São Paulo*

INTRODUÇÃO

A quimioterapia moderna pelos antibióticos (**) é o fruto de quasi setenta anos de pesquisas iniciadas nos laboratórios do genial Pasteur e que alcançaram seu ponto culminante na escola de Oxford com a descoberta da penicilina.

Realmente, foi Pasteur o primeiro a registrar a existência de antagonismos entre microorganismos, e o primeiro a anunciar a possibilidade da utilização em terapêutica de tal antagonismo. Foram necessários setenta anos de estudos para que a penicilina concretisasse a predição de Pasteur. Foi, porém, no desenrolar

* Trabalho dos laboratórios de pesquisas da Cla. Johnson & Johnson do Brasil, em São Paulo.

** A denominação "antibiótico" é empregada neste trabalho conforme foi proposta por Waksman (1) e consagrada pelo uso universal. Concordamos, porém, com aqueles que objetam ser "antibiótico" uma denominação que sugere ação universal ao passo que as substâncias denominadas assim têm ação caracteristicamente eletiva.

destes estudos que se constatarem, pouco a pouco, numerosos fatos que examinados e comparados forneceram a base do presente trabalho.

O primeiro ser vivo identificado como capaz de produzir substâncias dotadas da propriedade de impedir o crescimento de microorganismos foi *Pseudomonas pyocyanea*, estudado em 1877 por Pasteur e Joubert, mais tarde por Bouchard, e do qual Emmerich e Loew (1) obtiveram a pyocyanase. Pyocyanase foi, àquelle tempo, considerada um enzima, hoje, porém, pode ser citada como o primeiro antibiótico estudado.

A seguir foram descobertos novos produtores de antibióticos, entre os cogumelos microscópicos e as bactérias: *Penicillium puberulum*, *P. notatum*, *P. citrinum*, *P. claviforme*, *P. patulum*, *Aspergillus fumigatus*, *A. clavatus*, *A. flavus*, *A. giganteus*, *Actinomyces antibioticus*, *A. lavendulae*, *A. griseus*, *Bacillus brevis*, *B. subtilis*, etc.

Em 1944, porém, veio a descoberta de que não só entre os seres vivos mais rudimentares mas, também em espécies mais diferenciadas se encontravam substâncias dotadas de poder antibiótico: J. R. Meyer (2) registrou pela primeira vez a ocorrência de substância antibiótica em um cogumelo superior, *Polyporus cinnabarinus*; Pratt (3) extraiu a chlorellina de algas do gênero *Chlorella*, Farley (4) obteve da soja a canavalina e Cavallito e Bailey (5-6) isolaram do alho a alicina.

Ficou assim provado que não só os microorganismos rudimentares mas, também vegetais clorofilados e até mesmo fanerógamos são capazes de produzir substâncias antibióticas.

E, não havia Fleming (1) descoberto no muco nasal humano a lisozima?

A observação de todas estas descobertas autorizou-nos a formular em 1944 uma hipótese destinada a ser a base do presente trabalho:

"Todos os seres vivos, na luta constante contra seus inimigos naturais elaboram substâncias capazes de inibir o crescimento dos seus adversários. A produção de antibióticos é uma propriedade característica da matéria viva".

HISTÓRICO

Nossas pesquisas sobre antibióticos foram iniciadas em 1940, logo em seguida ao aparecimento dos trabalhos de Chain, Florey e col. (7) sobre penicilina.

Embora esta seja realmente uma droga quasi milagrosa, uma série de germes e bacilos Gram-negativos furta-se à sua ação. O grupo coli-tífico-disentérico, grave problema sanitário em países como o nosso, compreendendo germes muito semelhantes entre si, não é inibido pela penicilina.

Pareceu-nos assim que procurar um antibiótico para este grupo de bactérias Gram-negativas seria um problema digno de qualquer esforço

Tendo sempre em mente a hipótese já anteriormente formulada de que "a propriedade de produzir antibióticos deve ser comum a toda a matéria viva", iniciamos nossos trabalhos pelos organismos mais simples. Depois de repetir cuidadosamente as experiências do grupo de Oxford até obter a penicilina e familiarizar-nos com os métodos empregados no estudo de antibióticos, retomámos as pesquisas sobre os fungos, os quais, até o presente momento, são os que se têm mostrado mais férteis na produção de antibióticos.

Examinámos, desta forma, todos os fungos que nos chegaram às mãos, uns isolados em nosso laboratório, outros obtidos graças à generosa cooperação de amigos, colegas e entidades científicas, quer locais, quer estrangeiras. Foi por essa ocasião que iniciamos o estudo sobre o *Polyporus cinnabarinus* (8). Pequenos foram, porém, os resultados. Ora não encontrávamos atividade antibiótica ora esta era limitada a um pequeno número de germes combatidos com mais eficiência pela penicilina, ora a toxidez do produto não permitia seu emprego terapêutico. Em outros casos, a dificuldade de cultura do fungo ou a morosidade de seu crescimento constituíam problemas econômicos que nos forçavam a abandonar o estudo da espécie.

Examinámos algas, líquens, pteridófitas sem obter resultados mais notáveis que os obtidos com os cogumelos. Prosseguimos, porém, na escala ascendente do reino vegetal, passando às monocotiledôneas.

Foi então que encontramos, entre as liliáceas, o alho comum (*Allium sativum*, L.), produtor de um antibiótico isento de toxidez e ativo contra o grupo coli-tífico-disentérico.

Estávamos no fim do ano de 1944, o quarto ano de nossas pesquisas.



O alho é usado em terapêutica desde o ano 1.000 A. C.

Suas propriedades medicinais eram apregoadas desde a Índia até o mundo árabe. Foi largamente usado na alimentação dos operários que construíram as Pirâmides (9). Hipócrates, Galeno, Avicena e Paracelso mencionam o alho como medicamento de valor, quasi sempre recomendado no tratamento de infecções gastro-intestinais (10).

Dos colares feitos com dentes de alho até os extratos de alho há um sem número de métodos para a utilização das virtudes curativas da liliácea, recomendados para as mais diversas doenças, do simples resfriado até o cólera, das enterocolites à lepra.

Usado em terapêutica doméstica em todos os países em que é conhecido, prestigiado pela opinião popular, tendo merecido na Hungria a consagração de um provérbio que diz: "Quem comer alho todos os dias nunca terá dor de barriga", o alho, no entanto, pouco interesse tem despertado entre os pesquisadores, constituindo até hoje uma panacéia de curandeiros e comadres "entendidas".

Há, todavia, uns poucos estudos experimentais sobre a popular liliácea, dividindo-se as opiniões quanto à natureza do agente responsável pela ação anti-bacteriana do alho, ação esta reconhecida por todos.

Um certo número de autores atribui à acroleína as propriedades antibacterianas do alho. Este é o grupo mais antigo e data provavelmente de 1899 quando E. Koch e G. Fuchs (11) publicaram o seu estudo sobre a acroleína como antisséptico, estudo este que é talvez o primeiro trabalho científico sobre o alho, em medicina.

Maxwell, Mc Knight, Scott e Lindegren (12) estudando a ação da acroleína na proteção de camundongos contra pneumococcus concluem: O alho, por sua natureza tóxica, será pouco usado em terapêutica mas os aldeídos dele derivados, especialmente o acraldeído (acroleína) têm possibilidades como agente terapêutico". Vollrath, Walton e Lindegren (13) concluem suas pesquisas afirmando que a ação bactericida se deve à acroleína e não aos sulfuretos responsáveis pelo odor do alho.

Outra corrente, à qual se filia Uemori (14), atribui a ação bactericida aos sulfuretos de alila.

Finalmente, um grupo mais moderno é de opinião que a fração ativa se encontra nos vapores de alho. Os russos chamam esta fração fintocida. Walton, Herbold e Lindegren (15) já em 1936 anunciavam a ação anti-bacteriana dos vapores de alho, (Porter). No mesmo ano, Mc Knight e Lindegren (16) verificaram inibição total do crescimento do *Mycobacterium leprae* após 1 hora de exposição aos vapores de alho. Bocher (17), em 1938, investigou a inibição de *Staphylococcus* pelos vapores de alho. Em 1944, trabalhos iniciados na Universidade de Tomsk levaram até à fase de experiências clínicas as pesquisas sobre os vapores de alho surgindo então a denominação fitoncidas para as substâncias antibacterianas voláteis de origem vegetal (18).

A maioria dos autores já citados assinala, como Waugh (19) a ação do alho sobre *Staphylococcus* e *Pneumococcus*. Kitawaga e Amano (20), em 1935, assinalaram que também *E. coli* e *E. typhosa* sofrem a ação anti-bacteriana do alho. Jacobson (21), em 1936, estudou a ação sobre a *E. typhosa* atribuindo-a a um bacteriófago existente no alho e Takin (22), em 1944, verificou que até protozoários são mortos pelos vapores de alho.

Finalmente, Cavallito e Bailey (5), em 1944, obtiveram do alho um antibiótico que denominaram alicina, abrindo-se assim um novo capítulo da história da velha planta medicamentosa, sobre cujas propriedades terapêuticas a mais notável previsão se encontra no trabalho de Glaser (23) que dizia já em 1939 que além do óleo de alho existem nos bulbos desta liliácea enzimas que podem ser a causa principal de sua atividade.

As pesquisas modernas confirmam esta previsão: existe no alho um óleo essencial contendo sulfuretos de alila, acroleína, produtos voláteis, tóxicos, bactericidas. E existem antibióticos como a alicina e a garlicina, de ação bacteriostática, atuando, provavelmente como enzimas, sobre as trocas de oxigênio.

PROPRIEDADES FÍSICO-QUÍMICAS

A garlicina é obtida sob a forma sólida, apresentando-se como uma substância amarelada quando seca, passando a amarello-pardacenta ao absorver umidade.

Praticamente insolúvel em água, dissolve-se facilmente nos solventes orgânicos, dando soluções levemente ácidas, sem poder rotatório.

A análise espectral não revelou presença de ions metálicos na molécula.

As soluções de garlicina não dão as reações de Van Eck, Tsalapatani, Powick e Gavanini para a acroleína. Os tests para a alicina (água bromada e bictoreto de mercúrio) são também negativos. Com a reação de Grote porta-se como um composto alílico não sulfurado.

Distingue-se assim substancialmente dos fitoncidas que são voláteis e dos sulfuretos de alila, da acroleína e da alicina que são líquidos e contêm enxofre.

ATIVIDADE ANTI-BACTERIANA "IN VITRO"

As propriedades anti-bacterianas da garlicina foram estudadas por dois métodos: o de Oxford (24) e o método rápido de Rake e Jones (25).

Ao empregarmos o método de Oxford fomos obrigados a utilizar cilindros de alumínio, dada a grande dificuldade de obter cilindros de vidro perfeitamente uniformes.

O método de Rake e Jones foi ligeiramente modificado com a adição de algumas gotas de Indicador de Andrade ao meio de cultura afim de obter leitura mais exata.

Empregando estes processos chegamos à conclusão de que a garlicina, em placa, inibe o crescimento dos seguintes germes: *Escherichia coli communis*, *Escherichia coli communior*, *Salmo-*

nella pullorum, *Shigela dysenteriae* (Shiga), *Shigella paradysenteriae* (Flexner e Sonne), *Eberthella typhosa*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus subtilis*, *Serratia marcescens* e *Pseudomonas aeruginosa*. (Fig. 1).

A garlicina é ativa em presença de bile, suco gástrico, urina, sangue desfibrinado, líquido céfalo-raquiano e soro sanguíneo.

As sulfonamidas, cloridrato de tiamina, riboflavina, ácido pantotênico e para-amino benzoato de etila também não modificam a atividade da garlicina. As sulfas, entretanto, parecem aumentar a atividade da garlicina. Haverá um méro sinergismo

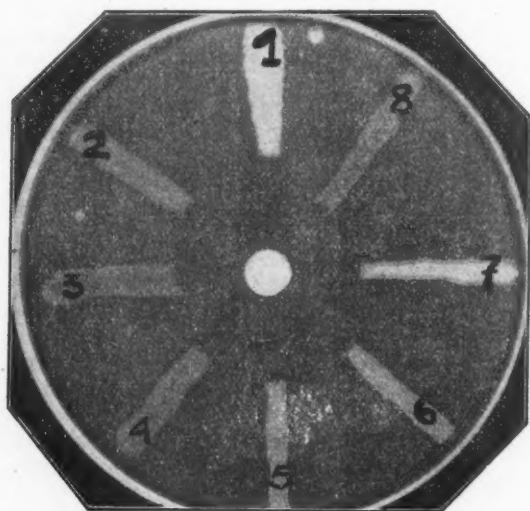


Fig. 1 — A Garlicina colocada no centro da placa inibe o crescimento de: 1 - *Serratia marcescens*; 2 - *Eberthella typhi*; 3 - *Bacillus subtilis*; 4 - *Escherichia coli*; 5 - *Shigella paradysenteriae* (Flexner); 6 - *Sarcina lutea*; 7 - *Salmonella paratyphi* "B"; 8 - *Staphylococcus aureus*. (Cada germe foi semeado do centro até a periferia, cobrindo um raio inteiro da placa).

ou uma verdadeira combinação química? O esclarecimento desse ponto é um dos objetos das pesquisas em andamento.

Segundo nossas experiências, a garlicina age como bacteriostático e não como bacteriolítico. Com efeito, semeando-se uma amostra de *Escherichia coli* em um tubo contendo 5 cc. de caldo glicosado e uma quantidade suficiente de garlicina e mantendo-se o tubo a 37° durante 8 dias, não há crescimento visível. Se, porém, retirarmos 0,1 cc deste tubo e o semearmos em outro tubo de caldo glicosado sem garlicina, o crescimento reaparece.

A atividade antibiótica da garlicina em solução alcoólica conserva-se inalterada por longo tempo, mesmo quando exposta à luz, ao ar e à temperatura ambiente. As radiações ultra-violeta também não afetam a atividade da garlicina. Aquecendo-se a 70° a solução alcoólica de garlicina, seu poder antibiótico conserva-se integralmente; acima desta temperatura há uma diminuição crescente deste poder, leve a princípio, maior depois, em função da temperatura.

PADRONIZAÇÃO

Desde as primeiras experiências foi nossa preocupação padronizar as soluções de garlicina, o que fizemos pelo mesmo processo da escola de Oxford.

Utilizamos soluções alcoólicas de garlicina, placas de Petri, meios de cultura e métodos recomendados pela "Food and Drug Administration" para a padronização da penicilina, empregando, porém, cilindros de alumínio em lugar dos de vidro, como foi dito acima. Como germe-test utilizamos o *Bacillus subtilis*.

Consideramos uma unidade a menor quantidade de garlicina que, dissolvida em 1 cc de álcool, é capaz de produzir uma área de inibição de 12 mm. de diâmetro.

Um miligrama de garlicina contém cerca de 400 unidades.

A curva de inibição (Fig. 2) assemelha-se à da penicilina (24) notando-se, porém, que o "plateau" só é atingido com doses mais altas e que, usando-se diluições abaixo de uma unidade por cc, a inibição obtida com a garlicina é sempre maior.

A padronização efetuada nestas condições é convertida em unidades. Naturalmente, não nos é fácil dar uma denominação exata a estas unidades. Embora o processo de padronização seja exatamente o preconizado pela escola de Oxford, o germe-test é outro. Não podemos chamar a unidade "unidade Oxford" porque o germe-test que usamos não é o que se usa no método de Oxford. Todavia, por uma questão de ética não podemos dar um nome próprio a nossa unidade porque o método que usamos não é original.

Para afastar este e outros inconvenientes estamos estudando um novo processo de padronização com o qual obteremos a "unidade garlicina", mediante o emprego do método de diluições crescentes, substancialmente modificado.

ATIVIDADE ANTI-BACTERIANA "IN VIVO"

Uma das maiores dificuldades encontradas no estudo experimental da ação anti-bacteriana da garlicina foi a quasi impossibilidade de obter infecções experimentais em animais com germes

do grupo coli-tífico-disentérico, patogênicos para o homem. Por este motivo também nos utilizamos, em certos casos, de germes de importância veterinária como a *Salmonella pullorum*, patogênico para as aves.

Salmonella pullorum: 158 pintos de 3 a 60 dias de idade estavam atacados de salmonelose. Dada a excelência da oportunidade resolvemos instituir um tratamento à base de garlicina. Ao iniciarmos o tratamento, já tinham morrido 70 dos 158 pintos citados. Adicionámos então a cada 100 gramas de alimento, 900

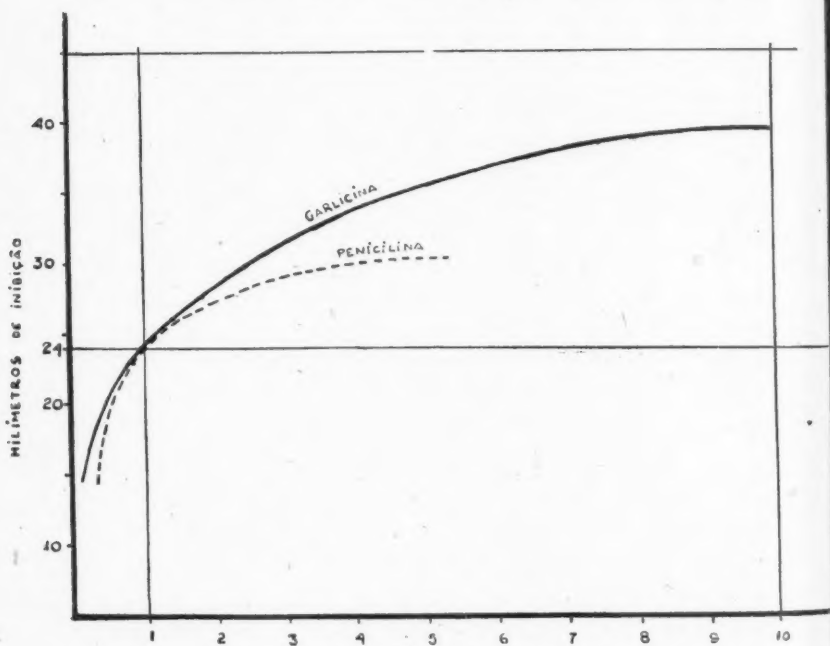


Fig. 2 — Curva de inibição da Garlicina ensaiada em placa com *Bacillus subtilis*, comparada com a curva de inibição da Penicilina conforme obtida por Abraham, Chain, Florey e col.

Para facilidade de comparação considerou-se, nesta curva, uma unidade da Garlicina a menor quantidade que dissolvida em 1 ml. de álcool produz uma inibição de 24 mm.

unidades de garlicina. Logo no segundo dias verificámos grande melhoria, embora ainda viessem a morrer 10 pintos. Os 78 pintos vivos no terceiro dia salvaram-se. Continuaram, entretanto, a tomar garlicina até o trigésimo dia. No final do tratamento, todos apresentavam ótimo aspêto e crescimento normal sem sinal algum de doença.

Salmonella paratyphi
Salmonella Schottmuelleri
Salmonella enteritidis
Escherichia coli
Shigella paradysenteriae (Flexner)
Shigella dysenteriae (Shiga)

Foram inoculados 10 camundongos por via intraperitoneal com uma suspensão dos germes acima, misturados. 5 foram tratados com garlicina, via oral, administrada através de uma sonda, começando-se o tratamento no primeiro dia depois da inoculação. No segundo dia, dois dos camundongos não tratados morreram. Outro morreu no terceiro dia e os ultimos dois, no quarto dia. Os camundongos tratados estavam vivos no quinquagésimo dia de tratamento.

Igual experiencia foi feita, iniciando-se o tratamento no dia da inoculação. Os camundongos não tratados morreram como na experiência anterior. Dentre os tratados, dois morreram: um, no primeiro e outro, no segundo dia de tratamento. Os demais sobreviveram.

Os mesmos resultados foram obtidos, repetindo-se a experiência em cobaias.

Excepcionalmente, por contaminação por germes piogênicos, observámos a produção de abscessos no local de inoculação. A evolução destes abscessos, entretanto, não foi influenciada pela garlicina.

ABSORÇÃO, ELIMINAÇÃO, DIFUSÃO E RETENÇÃO

O trato digestivo absorve rapidamente a garlicina após a administração, como pode ser verificado pelas provas de eliminação seguintes:

A um grupo de voluntários foram administradas 50 unidades de uma só vez, por via oral. Duas horas após, o extrato clorofórmico da urina já apresentava poder antibiótico. A eliminação o máximo na sexta hora, decrescendo depois rapidamente até atingiu o máximo na sexta hora, decrescendo depois rapidamente até atingir o nível 0 no fim de vinte e quatro horas. Um dos paragarlicina na sexta hora, continuando a eliminação por mais quarenta e oito horas. (Fig. 3).

160 unidades, por via oral, administradas fracionadamente, em 3 dias consecutivos, a 8 voluntários (60 + 50 + 50) determinaram resultados similares; todas as manhãs era examinada a urina dos pacientes, desde o primeiro até o nono dia. A eliminação de garlicina prosseguiu até o sexto dia em 6 dos voluntários

rios; um eliminou só até o quarto dia e outro até o nono dia. (Fig. 4).

A garlicina transpõe a barreira meníngea passando rapidamente para o líquido céfalo-raquidiano, tendo sido encontrada

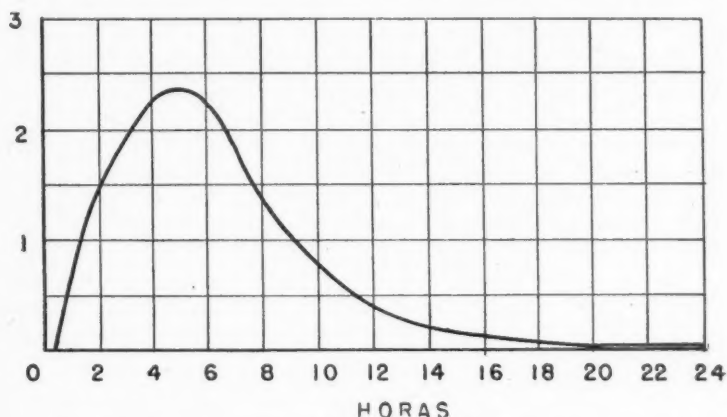


Fig. 3 — Eliminação da Garlicina pela urina, após a administração de 50 unidades de uma vez por via oral.

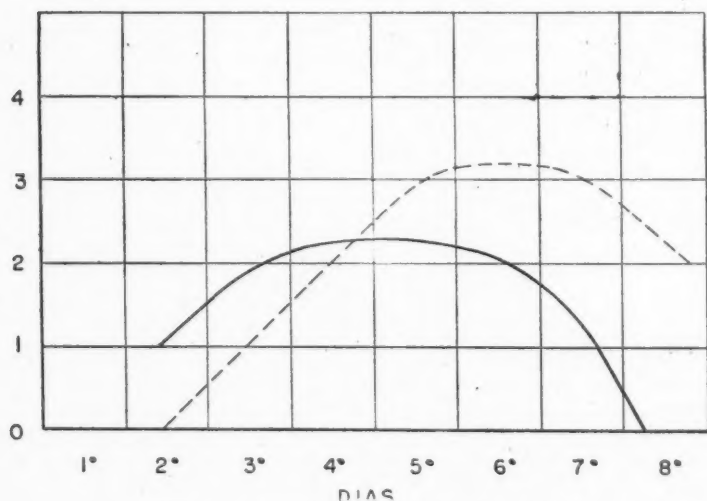


Fig. 4 — Eliminação da Garlicina pela urina.
Eliminação média em oito indivíduos normais.
Eliminação em um caso de insuficiência renal.

Os pacientes tomaram 60 unidades no 1.º dia, 50 no 2.º dia e 50 no 3.º dia.

garlicina no líquido em 9 de 10 pacientes que a tinham tomado na dose de 600 unidades, via oral.

Não foi, porém, encontrada garlicina no cérebro de 10 ratos que tomaram 20 unidades diárias de garlicina, durante 10 dias, nem em outros que a tinham tomado nas mesmas condições, durante 20 dias.

Da mesma forma, os rins, pulmões, baço e coração dos ratos acima citados não continham garlicina em quantidades apreciáveis, no fim do tratamento. Por outro lado, no fígado destes animais foram encontrados traços acentuados de garlicina.

TOXIDEZ

O estudo da toxidez da garlicina foi feito tendo em vista:

a) intoxicação aguda.

b) intoxicação crônica.

a) *Intoxicação aguda*: Os animais utilizados neste ensaio foram ratos e camundongos.

A garlicina empregada, mantida em solução hidro-alcoólica, continha 15 unidades por centímetro cúbico, e foi injetada por via intra-peritoneal em doses variáveis, desde 13 até cerca de 1.000 unidades por quilo de peso. Os animais não apresentaram nenhum fenômeno tóxico, a não ser ligeiro entorpecimento determinado pelo álcool da solução.

Quarenta e oito horas após a injeção os animais mantinham-se em atividade normal. (Quadros 1 e 2).

QUADRO 1

RATO N.º	PEÇO (em gr.)	QUANTIDADE INJETADA	UNIDADES POR QUILO	OBSERVAÇÕES APÓS 48 HORAS
1	230	0,2 cc	13,03	vivo
2	220	0,5 cc	34,05	vivo
3	190	0,8 cc	63,15	vivo
4	235	1,0 cc	63,75	vivo
5	195	1,5 cc	115,35	vivo
6	183	2,0 cc	163,80	vivo
7	253	3,0 cc	177,75	vivo
8	249	5,0 cc	301,20	vivo
9	261	10,0 cc	574,65	vivo
10	233	15,0 cc	965,55	vivo

QUADRO 2

CAMONDONGO N.º	PESO (em gr.)	QUANTIDADE INJETADA	UNIDADES POR QUILO	OBSERVAÇÕES APÓS 48 HORAS
1	22	0,1 cc	68,10	vivo
2	19	0,2 cc	157,80	vivo
3	21	0,3 cc	214,20	vivo
4	22	0,4 cc	272,70	vivo
5	23	0,5 cc	325,65	vivo
6	22	1,0 cc	681,75	vivo

b) *Intoxicação crônica*: A intoxicação crônica foi estudada em ratos administrando-se a medicação por prazo mais ou menos dilatado.

Para este fim foram selecionados 20 ratos e divididos em duas séries de dez ratos cada uma. Os ratos da primeira série tomaram 20 unidades diárias de garlicina, cada um, por via oral, administradas em duas vezes — 10 unidades de manhã e 10 unidades à tarde.

Foram anotados os efeitos sobre:

- 1) Curva de peso;
- 2) Coagulação sanguínea;
- 3) Hemograma (contagem global e específica)
- 4) Alterações anátomo-patológicas, macro e microscópicas;
- 5) Ação sobre gestação, parto e post-parto.

1) *Curva de peso*: Todos os animais tratados com garlicina apresentaram, em conjunto, a mesma curva de crescimento dos animais de estoque. Tanto os ratos da primeira como os da segunda série continuaram a aumentar de peso com apenas variações individuais e diárias inerentes às condições atmosféricas e outras condições características da espécie.

Os animais da primeira série, cujo peso médio era, antes de ser iniciado o tratamento, 274,8 gramas, tiveram seu peso médio aumentado para 290,7 gramas, isto é: houve um aumento de 15,9 gramas. Os da segunda série, cujo peso médio era, antes do tratamento 207,3 gr. passaram depois do tratamento para 230,8 gramas, com um aumento médio de 23,5 gramas. Nenhum dos animais revelou intolerância alimentar de qualquer natureza.

20 cobaias adultas, machos e fêmeas, também tomaram 20 unidades de garlicina durante 13 dias sem apresentar alteração sensível na curva de peso.

2) *Coagulação sanguínea*: O estudo da coagulação sanguínea foi feito em relação ao tempo de coagulação e de sangria. Para este fim foram utilizados ratos de uma terceira série que tomaram garlicina durante 90 dias nas mesmas doses e pelo processo dos das séries 1 e 2.

Cortada a ponta da cauda foi aspirado o sangue em uma pipeta estirada. De 5 em 5 segundos foi expulsa por sopro uma pequena quantidade, até que a coagulação impedisse nova expulsão. O tempo de coagulação foi, para os ratos tratados, 2' 35" e para os não tratados, 2' 30".

O tempo de sangria foi tomado aproveitando-se a hemorragia proveniente da picada da cauda. Para os ratos tratados este tempo foi de 3' 15" e para os não tratados 3' 10".

3) *Hemograma*: No estudo do hemograma levou-se em consideração a contagem global e específica.

a) *Contagem global*: A contagem global demonstrou que entre o décimo e o vigésimo dia de administração há uma ligeira leucopenia sem qualquer alteração para o lado das hemátias.

Para os ratos da primeira série, com 20 dias de administração, o número médio de hemátias por mm³ era, antes do tratamento, de 8.538.000. O desvio padrão foi calculado para todas as contagens. Para este caso o desvio foi 276.000, sendo 853.800 o valor correspondente a 10 % da média.

O desvio padrão foi calculado segundo a fórmula:

$$d = \sqrt{\frac{\sum \delta^2}{N(N-1)}}$$

considerando-se boa a contagem em que este seja inferior a 10 % da média.

Depois do tratamento o número médio de hemátias foi de 8.337.000 (desvio padrão: 311.000 — 10% da média: 833.700). Houve, pois, uma queda de 201.000 hemátias por mm³, correspondente a 2,3 % do total.

Quanto aos leucocitos, o número médio, antes do tratamento, foi de 9.920 por mm³ (desvio padrão: 120 — 10 % da média: 992), caindo, depois do tratamento para 6.990 (desvio padrão: 180 — 10 % da média: 699). A queda foi, portanto, de 2.930 leucocitos (29,5 %).

A relação leucocitos-hemátias, calculadas segundo a fórmula:

$$\frac{\text{n.º de leucocitos} \times 1.000}{\text{n.º de hemátias}}$$

era, antes do tratamento, 1,16, caindo, depois do tratamento para 0,84.

O número médio de hemátias para os ratos da segunda série foi, antes do tratamento, 7.196.000 (desvio padrão: 376.000 — 10 % da média: 719.600), passando, depois do tratamento, para 7.800.000 (desvio padrão: 329.000 — 10 % da média: 780.000). Houve um aumento médio de 604.000 hemátias, ou seja: 7,5 %.

Os leucocitos, antes do tratamento, somavam 8.050 por mm³ (desvio padrão: 192 — 10 % da média: 805), passando, depois do tratamento, a 7.660 (desvio padrão: 108 — 10 % da média: 766). Houve uma queda de 390 leucocitos ou seja: 4,8 %.

A relação leucocitos-hematias desta segunda série era, antes do tratamento, 1,12, caindo, depois do tratamento, para 0,98.

b) Contagem específica: A contagem específica foi feita para os animais da primeira série (20 dias de tratamento). Conforme pode ser verificado no quadro 3, houve ligeira monocitose em detrimento dos neutrofilos, permanecendo os outros elementos praticamente com a mesma percentagem.

4) *Alterações anátomo-patológicas*: Decorridos 20 dias de tratamento para os animais da primeira série e 10 dias para os animais da segunda série, foram os mesmos sacrificados por punção direta do coração afim de afastar quaesquer alterações decorrentes de intoxicação pelo éter, gás de iluminação, etc. Sacrificados os animais foram retiradas as vísceras, fixadas em formol, diafanizadas pelo xilol, incluídas em parafina, cortadas, coradas pela hematoxilina-eosina, examinadas e fotografadas.

Macroscopicamente os órgãos não apresentavam nada digno de nota, tendo o aspecto dos órgãos normais. Também microscopicamente não se notam lesões anátomo-patológicas, como pode ser observado pelas microfotografias. (Figs. 5 a 12).

5) *Ação sobre a gestação, parto e post-parto*: Uma rata que recebeu garlicina durante 90 dias terminou sem incidentes o período de gestação, tendo parto normal com crias normais. Os filhotes pesaram, em média, após três semanas, 31 gramas, peso normal, portanto.

*
**

Além dos estudos acima, há a observação feita em um voluntário de 26 anos que tomou 4.600 unidades no espaço de 60 dias sem apresentar nenhum fenômeno tóxico. Cumpre notar que este voluntário sente-se perfeitamente bem, sem qualquer redução do apetite, considerando mesmo a "digestão mais fácil" (sic) após a ingestão de 20 unidades de garlicina às refeições, e até mesmo aumentando de peso no decorrer da experiência.

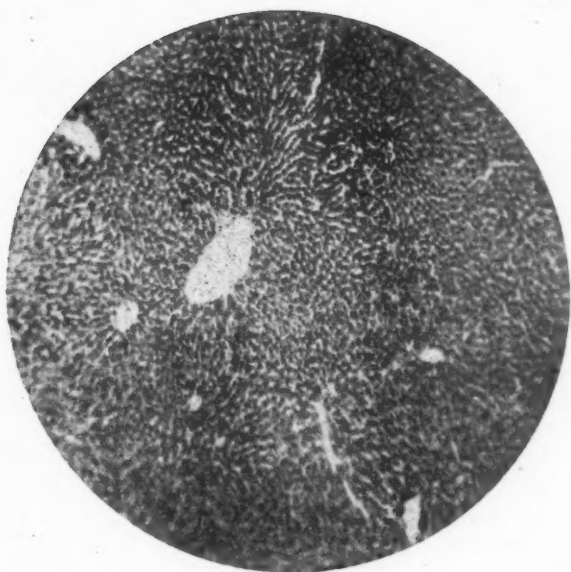


Fig. 5 — Fígado de rato tratado com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Ausência de degeneração.

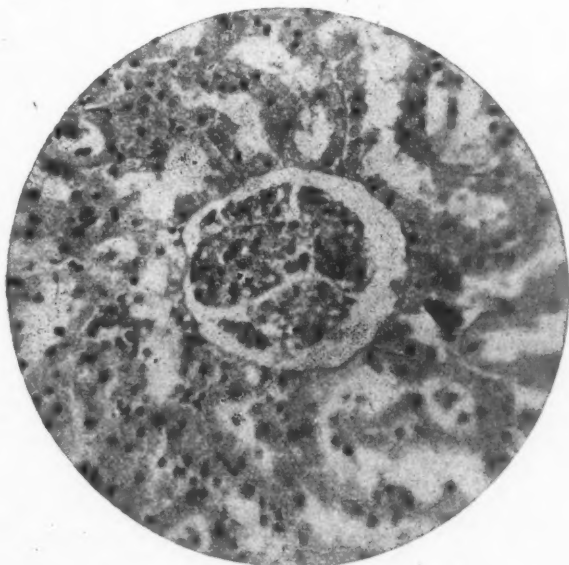


Fig. 6 — Rim de rato tratado com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Nota-se glomérulo perfeitamente normal.

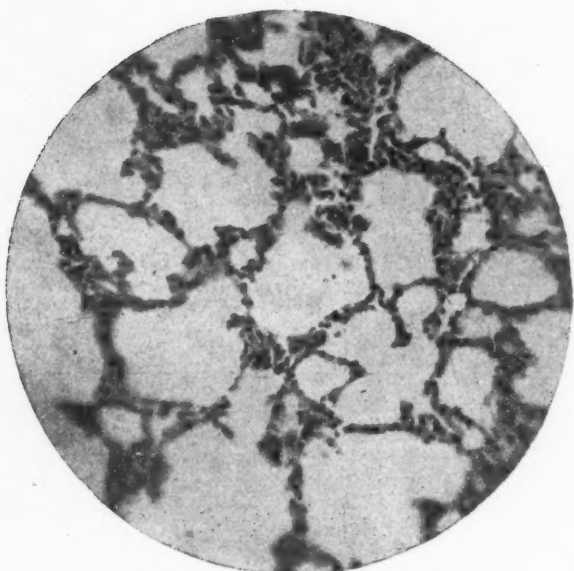


Fig. 7 — Corte de pulmão de rato tratado com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Aspecto histológico normal.

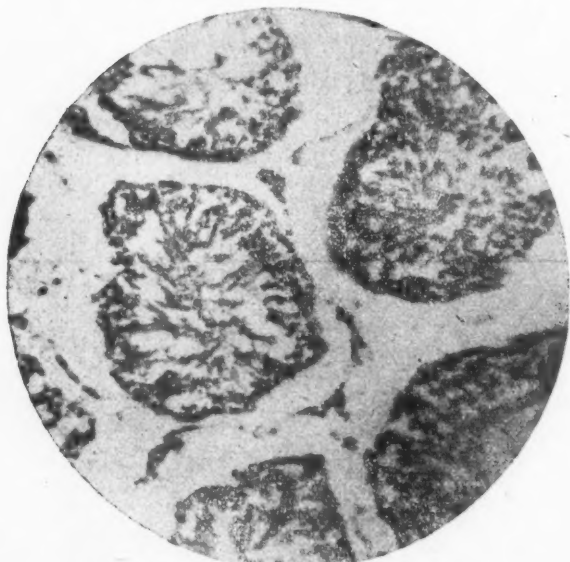


Fig. 8 — Testículo de rato tratado com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Estrutura normal e espermatogênese inalterada, notando-se a formação
normal de espermatócitos primários.



Fig. 9 — Cérebro de rato tratado com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Corte ao nível do joelho do corpo caloso.
Aparência histológica normal.

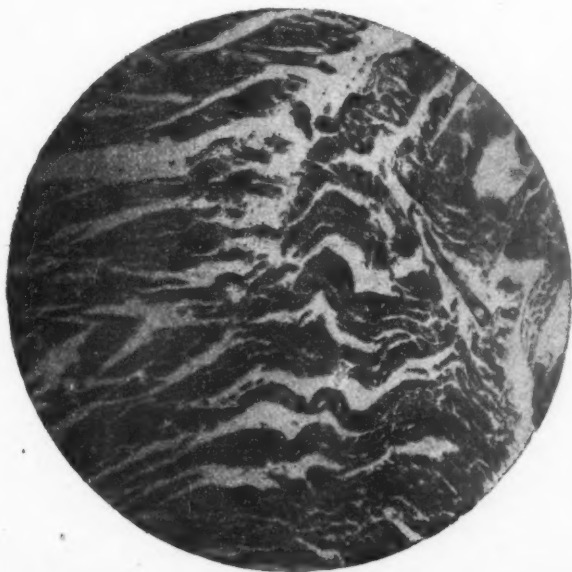


Fig. 10 — Corte do miocárdio de rato tratado com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Não apresenta sinais de inflamação ou degeneração.

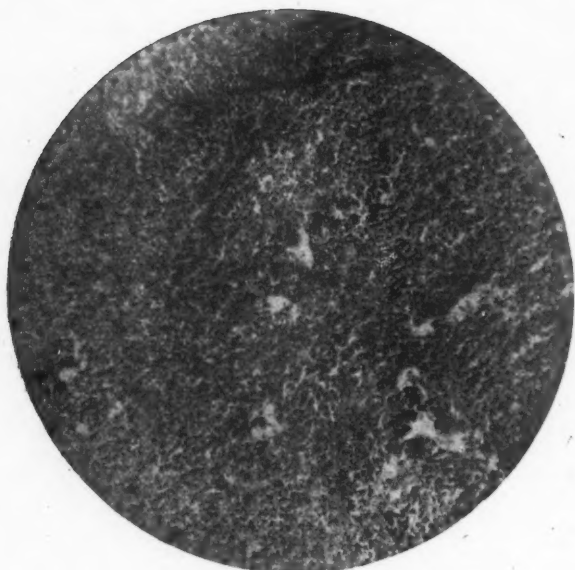


Fig. 11 — Baço de rato tratado com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Sem alteração histológica

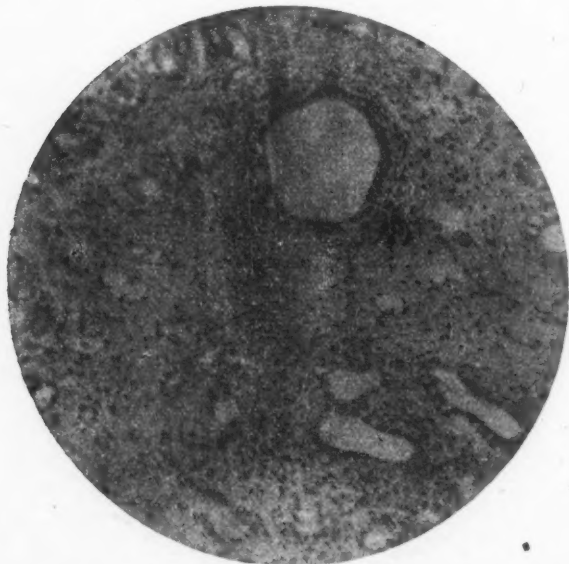


Fig. 12 — Miométrio de rata tratada com Garlicina.
100 unidades por quilo de peso, diariamente durante 20 dias.
Sem alteração histológica.

QUADRO 3

	ANTES			DEPOIS		VARIACÃO
	Desvio padrão	10 % da média		Desvio padrão	10 % da média	
Contagem global	9.418.800	941.880	9.170.700	311.000	917.070	-248.100 (2,6 %)
	10.912	1.091,2	7.689	180	768,9	- 3.223 (29, %5)
Contagem específica	50,15 %	5,015	50,75 %	0,63	5,075	+ 0,60 %
	7,10 %	0,710	11,90 %	0,43	1,190	+ 4,80 %
	41,80 %	4,180	35,60 %	0,74	3,560	—
	0	—	0	—	—	0
	2,15 %	—	1,75 %	—	—	— 0,40 %
	28,40 %	—	22,65 %	—	—	— 5,75 %
	11,25 %	—	11,20 %	—	—	— 0,05 %

EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS

As experiências clínicas foram executadas em diversas localidades, distribuídas pelos mais diversos climas do nosso país, de Belém do Pará até o Estado do Paraná, com a generosa cooperação de 31 clínicos que, sem outro interesse que o do progresso da ciência, trataram doentes de sua clínica particular ou hospitalar informando-nos minuciosamente os resultados obtidos.

Mais de 300 doentes foram tratados, portadores de enterocolite aguda ou crônica, por *Shigella*, *Salmonella* e *Entamoeba*. Os resultados obtidos foram como segue:

Shigellose: Foram tratadas infecções por Flexner, Hiss, Sonne e Shiga. Os resultados foram sempre satisfatórios, com franca melhoria e mesmo desaparecimento dos fenômenos intestinais no segundo dia de tratamento. A febre, quando presente, desapareceu no segundo ou terceiro dia. Cura bacteriológica em 6 dias. Dose total média empregada: 332 unidades. Duração média do tratamento: 6 dias.

Salmonellose: Nas infecções por *Salmonella*, inclusive casos de paratifo, os resultados foram semelhantes: melhoria acentuada no segundo ou terceiro dia de tratamento. Cura bacteriológica em 9 dias, dose total média empregada: 363 unidades, duração média do tratamento: 9 dias.

Amebíase: Diversos casos de amebíase foram tratados mas, apenas em 35 casos conseguimos controlar os resultados por um espaço de tempo suficiente para avaliar os benefícios do tratamento. Nestes 35 casos a pesquisa de amebas em fezes recentes, após laxativo, foi executada ao terminar o tratamento e repetida cada 15-20 dias durante 3 a 6 meses. Em 31 casos todas as pesquisas foram negativas após o tratamento. Em dois casos não houve negatividade embora os pacientes acusassem melhoras acentuadas e em dois casos continuaram presentes os quistos. A duração média do tratamento foi 10,3 dias e a dose total média: 550 unidades.

Verminose: Foram tratados 18 pacientes portadores de vermes diversos (*Ankylostoma*, *Oxyurus*, *Ascaris* e *Trichocephalus*) sem resultados apreciáveis.

Giardiose: Os casos de giardiose intestinal tratados foram muito poucos (apenas 3) e o resultado foi nulo, com 9 dias de tratamento e 600 unidades. Houve, porém, um caso de giardiose biliar curado após 12 dias de tratamento com um total de 330 unidades. Este caso aliás confirma as experiências de laboratório revelando a eliminação de garlicina pela bile com elevada concentração.

TÉCNICA DO TRATAMENTO PELA GARLICINA

Depois de experimentar diversos esquemas e dosagens, concluímos que a melhor técnica consiste em dar uma dose maior no primeiro dia e diminuir gradativamente a dose diária nos dias subsequentes procurando manter uma concentração constante de garlicina no organismo em tratamento. É importante fracionar o mais possível a dose diária afim de distribuí-la igualmente pelo nictêmero. Temos sempre evitado administrar a garlicina durante a digestão.

Os melhores resultados foram obtidos com o esquema abaixo:

1.º dia	100 unidades
2.º, 3.º e 4.º dias	80 unidades diárias
5.º, 6.º e 7.º dias	60 unidades diárias
8.º e 9.º dias	40 unidades diárias
8.º e 9.º dias	40 unidades diárias
Total	600 unidades.

Afim de não perturbar o repouso noturno dos doentes temos dividido o total diário em doses de 20 unidades administradas como segue:

- no 1.º dia — cada 2 horas (5 vezes 20 unidades)
- no 2.º, 3.º e 4.º dias — cada 3 horas (4 vezes 20 unidades)
- no 5.º, 6.º e 7.º dias — cada 4 horas (3 vezes 20 unidades)
- no 8.º e 9.º dias — 20 unidades pela manhã e 20 à noite.

Apenas em casos graves temos fracionado mais a dose diária, administrando-a em frações menores distribuídas durante todo o nictêmero. Em tais casos a dose total diária pode ser aumentada ao dobro e ao triplo.

Consignamos nossos agradecimentos à Cia. Johnson & Johnson do Brasil, em cujos laboratórios foram efetuados estes estudos, a todos os funcionários da Cia, e do laboratório, que com tanta dedicação cooperaram na execução destas pesquisas, aos Profs. A. Fleming, Rocha Lima e J. R. Meyer pelas suas palavras de encorajamento, e a todos os distintos clínicos que desinteressadamente nos auxiliaram, com o mais elevado espírito científico, na execução dos testes clínicos que ilustram este trabalho: Drs. Alfonso Rodrigues Filho e Rui Romariz, de Belem do Pará; Alfredo de Lima, Amaury Coutinho, Francisco Montenegro, José Rego Vieira, Moacyr Monteiro de Moraes, Sylvio de Campos e Tavares de Barros, de Recife; Mario Billerbeck, de Santos; Antonio Ferreira Filho, Aristides Pelicano, Arthur de Santis, Boris Chipiakoff, Cassio Portugal Gomes, Haroldo Sodré, J. P. de Almeida Machado, J. Soares Hungria Filho, João Ferreira, Oswaldo Riedel e Pedro Badra, de São Paulo; Brandino Genovesi, Hilton M. Tavares, José Olympio Rios, H. Mendes, Anibal Silveira, Lourival Roselli e Rachel Mendes, do Hospital do Juqueri; Fariz Frena, de Santa Mariana, Paraná.

Devemos ainda um agradecimento especial ao Dr. Luiz Pereira Barreto Neto, do Hospital Emilio Ribas, de São Paulo, cujas experiências ainda estão em curso, caracterizadas, porém, pela mais pura dedicação e mais elevado espírito crítico e aos Drs. E. Pinto Cesar e Cyriaco do Ama-

ral que nos permitiram e facilitaram com a maior boa vontade as experiências no Hospital de Alienados em Juqueri.

Assinalamos ainda a valiosa colaboração técnica de Da. Nathalia Vieira, preparadora de histologia destes laboratórios, e do Sr. Enos Ulliana que se necarregou da extração da garlicina usada neste trabalho.

RESUMO:

Os Aa. apresentam um novo antibiótico, extraído do alho comum, a que chamam garlicina e que é quimicamente distinto de todas as substâncias previamente extraídas do alho.

A garlicina é ativa *in vitro* e *in vivo* contra as bactérias do grupo coli-tífico-disentérico e não é inativada pelos sucos digestivos e humores.

Praicamente atóxica, não produziu fenômenos de intoxicação aguda nem mesmo quando administrada em doses 700 vezes superiores à dose terapêutica máxima e igualmente a administração de doses altas por tempo prolongado não produziu qualquer sintoma de intoxicação crônica que pudesse ser verificado através do exame de curva de peso, do tempo de coagulação e sangria, do hemograma e dos exames histo-patológicos.

A garlicina é absorvida ao nível do tubo digestivo passando para o sangue sem penetrar, porém, nos elementos figurados.

Difunde-se para o líquido céfalo-raquidiano e elimina-se pela bile e pela urina.

A eliminação urinária se faz lentamente e sob forma ativa. No fígado e na bile de animais tratados também se encontra garlicina ativa.

Experiências clínicas realizadas nos mais diversos climas e nas mais diversas condições sociais demonstram a atividade da garlicina no tratamento de infecções por bactérias do grupo coli-tífico-disentérico.

Também em amebíases o tratamento pela garlicina deu resultados satisfatórios, parecendo que nas protozooses biliares, devido à concentração da garlicina na bile, a garlicino-terapia seja um recurso promissor.

SUMMARY:

The authors present a new antibiotic, extracted from garlic, which they call garlicin and which is chemically distinct from all the substances previously extracted from garlic.

Garlicin is active "*in vitro*" and "*in vivo*" against bacteria of the colon group and is not inactivated by the body fluids.

Practically atoxic, it did not produce symptoms of acute intoxication even when administered in doses seven hundred times as large as the maximum therapeutic dose, nor did the administration of large doses over a prolonged period of time produce any symptoms of chronic intoxication which could be noticed by checking the growth curve, the blood coagulation, blood counts and histological examinations.

Garlicin is absorbed in the digestive tract, entering the blood with out, however, penetrating the blood cells.

It diffuses into the spinal fluid and is eliminated in the bile and the urine. The elimination in the urine is slow and occurs in an active form. Active garlicin is also found in the liver and bile of treated animals.

Clinical trials, carried out in the most diverse climates and under the most diverse social conditions, show the activity of garlicin in the treatment of infections caused by bacteria of the colon group.

Also in amebiasis, the treatment with garlicin gave satisfactory results. Due to the concentration of the garlicin in the bile, it seems probable that in biliar protozoosis, garlicin therapy will be a promising treatment.

Endereço: Avenida do Estado, 5537 — São Paulo

BIBLIOGRAFIA

1. HERRELL: Penicillin and other Antibiotic Agents. Saunders, 1945
2. MEYER, J. R.: Arq. Inst. Biológico. São Paulo. 15:27, 1944.
3. PRATT e col.: Science. 99:351, 1944.
4. FARLEY: Sur. Gynec. Obst. 79:88, 1944.
5. CAVALLO e BAILEY: J. Am. Chem. Soc. 66:1950, 1944.
6. CAVALLO, BUCK e SUTER: J. Am. Chem. Soc. 66:1952, 1944.
7. CHAIN, FLOREY e col.: Lancet. 2:226, 1940 (Ago. 24).
8. MACHADO, P. A.: Anais 1.º Congr. Med. Paulista. 2:918, 1945.
9. GRAVES e TABER: Dictionary of Food and Nutrition, F. A. Davis C.º Philadelphia, 1938.
10. BAROWSKY e BOYD: Rev. Gastroenterology. 11, 1:22, 1944.
11. KOCH, E. e FUCHS, G.: Zentralblatt für Bakteriologie und Parasitenkunde. 25:560, 1889 (Citado por Vollrath e col.: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 36:55, 1937).
12. MAXWELL, MC KNIGHT, SCOTT 5 LINDEGREN: Am. J. Higiene. 29:32, 1939.
13. VOLLRATH, WALTON e LINDEGREN: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 36:55, 1937.
14. UEMORI: Folia Pharmacol. Japon. vol. 9 n.º 6 pg. 21, 1929.
15. WALTON, HERBOLD e LINDEGREN: (Citados por Porter: Bacterial Chemistry and Physiology. John Wiley and Sons, 1946).
16. MC KNIGHT e LINDEGREN: Exp. Biol. Med. 35:477, 1936.
17. BOCHER, OTTO ERICH: Ztschr. Hyg. u. Infektionskrankh. 121:166, 1938.
18. TOROPTSEV e FILATOVA. Khirurgiya. 5-6:15, 1943.
19. WAUGH: Medical Times. 66:115, 1938.
20. KITAWAGA e AMANO: Bull. Sci. Fakult. Terkultura, Kjusu Imp. Univ. 6:305, 1935.
21. JACOBSON: Z. Microbial Epidemiol. Immunitätsforsch. 17:584, 1936.
22. TAKIN: Am. Rev. Soviet Med. 1:237, 1944.
23. GLASER: Arch. Exp. Path. u. Pharmacol. 193:1, 1939.
24. ABRAHAM, CHAIN, FLOREY e col.: Lancet. 2:177, 1941 (Ag. 16).
25. RAKE e JONES: Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 54:189, 1941.
26. GRIFFITH e FARRIS: The rat in laboratory investigation. J. B. Lippincott C.º Philadelphia, 1942.

Jalepat - Fígado, ferro, vitaminas
por via bucal

**“Eficiente quimioterapia” tópica, anti-
infecciosa pela prolongada concentração
salivar da Sulfadiazina**



**Efeito
hemostático
pela
Sulfadiazina.**

Tratamento local direto das feridas septicás da gar-
ganta e da bôca, das amigdalites e faringites agudas,
gengivites e estomatites infecciosas.



LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.

Seção de Propaganda:

PARQUE D. PEDRO II, 870-876 — TEL. 3-5916
(Rêde interna) — São Paulo

Direção científica: Farm. FAUSTO SPINA

Anestesia raquidiana

Dr. J. Soares Bilharinho

Diretor da Casa de Saúde São Lucas — Uberaba - Minas

SINONIMIA

Raque-anestesia. — Bloqueio inter-aracnóideo. — Bloqueio intra-espinhal. — Anestesia espinhal. — Narcose medular.

DEFINIÇÃO

“É a que se efetua mediante uma punção, injetando-se no espaço sub-aracnoideo da raque, substâncias anestésicas, que determinam a abolição da sensibilidade e perda da motilidade numa porção limitada do organismo com conservação da consciência”. Ou “é o metodo de anestesia que procura a insensibilidade parcial ou total do corpo, pela introdução de determinadas drogas anestésicas no espaço intra-aracnoidiano”.

Embora seja também raque-anestesia, não abordaremos nesta palestra o estudo da chamada anestesia peridural ou epidural, porquanto requerendo instrumental diverso, exigindo técnica diferente e estudos anatomo-fisiológicos especiais, acarretando modificações quanto à concentração e quantidade do agente anestésico, etc., tornaria este trabalho demasiado extenso.

HISTÓRICO

Em 1885 Leonard Corning, experimentando em cães, injetou solução de cocaína no espaço peridural ao nível das últimas vértebras lombares, obtendo anestesia da metade inferior do corpo.

Em 1891 Quincke demonstrou ser inócua a punção do espaço sub-dural.

Em 1894, experimentando em neuropatas, Corning conseguiu realizar pela primeira vez o bloqueio sub-aracnoidiano introduzindo a agulha entre as apófises espinhosas das 2.^a e 3.^a vértebras lombares.

Por algum tempo o processo ficou circunscrito aos estudos neurológicos. Quatro anos mais tarde Bier, usando a técnica de Corning, empregou a narcose medular para ressecar um pé de um paciente portador de infecção tuberculosa. Foram usados 3 cc. de solução de cocaína a 0,5%. A anestesia durou 1 hora e houve vômito e cefaléia por 24 horas.

Depois de operar 6 casos com sucesso, Bier fez-se anestesiador pelo seu assistente Hildebrandt e este pelo primeiro; os resultados foram porém desastrosos pela complicações que resultaram, tais como cefaléia persistente, vômitos e estados vertiginosos.

Não obstante, o processo foi difundido em 1899 na França por Tuffier e Sicard, nos EE.UU. por Rodolfo Matas e na Rumania por Jonesco.

Em 1900 Tuffier afirma ser a hipotensão resultante da raque, devida à paralisia dos nervos vaso-constritores da área anestesiada.

Seguiu-se um longo período de aplicação empírica do processo usando-se técnica imprecisa e anestésicos tóxicos. Disso resultou certo desprezo pelo método, o qual só não foi definitivamente abandonado graças à persistência de alguns cirurgiões (1).

Vinte e tanto anos mais tarde foi que teve início o período realmente científico da anestesia sub-aracnoidiana, com os estudos de Weed e colaboradores sobre a movimentação do líquido e a embriologia do canal raquidiano.

Dixon, Santesson, Alma e Hitzig estudaram a ação seletiva dos anestésicos em relação aos nervos sensitivos e motores, e a sensibilidade dos centros encefálicos aos mesmos. Koster, Kazman e Vehrs continuaram essas pesquisas; injetaram novocaina diretamente na cisterna magna demonstrando a ação seletiva deste anestésico, ou seja, fixação do mesmo de preferência nos nervos sensitivos, sem grave prejuízo para os centros cardíaco e respiratório e para os nervos frênicos. As mesmas experiências provaram que os centros bulbares podem suportar dose relativamente grande de anestésico.

O estudo das soluções hiper e hipobaras foi realizado por Barker, Babcock e Pitkins.

Em 1926 Bower, Wagner e Clarck estudaram o efeito da novocaina sobre a medula e sua ação sobre a pressão sanguínea.

O problema de uma das mais graves complicações imediatas da raque foi resolvido por Ferguson, North, Vehrs, SeEVERS, WATERS e Cofui. Provaram que a queda de pressão arterial não é devida à paralisia dos esplâncnicos, mas ao bloqueio do segmento

(1) Na Alemanha, por exemplo, Braun em 1905 destobriu e empregou largamente a novocaina. Desta época em diante, embora ainda empiricamente, este tipo de anestesia foi muito usado naquele país e de lá transportado a todos os centros médicos importantes do mundo.

No Brasil as primeiras punções foram realizadas por M. Couto e Jul. Moreira.

torácico da medula, e tanto isto é verdade que a elevação da taxa de oxigênio circulante aumenta rapidamente a pressão sanguínea.

Edmundo Vasconcelos, de quem aprendemos os últimos dados que citamos, e a cujos estudos ainda recorreremos, nos informa que Grodzinski e Baier demonstraram por meios químicos experimentais (diazorreação), em 1933, a extensão em profundidade da novocaina no tecido nervoso, com o que esclareceram também a questão da ascensão do anestésico.

EMBRIOLOGIA

Histogenese das meninges e origem do liquor.

Ainda que este e outros capítulos pareçam superfluos aos menos avisados, são, ao contrário, importantes, já que o edifício da nossa cultura médica deve apoiar-se em alicerces amplos e sólidos. Com efeito só a bôa base científica nos pode distanciar, de fato, do empirismo.

A princípio é o sistema nervoso envolvido por uma única membrana denominada mesênquima, que, posteriormente, se divide em ecto e endomeninge. A primeira subdivide-se, mais tarde, em duas outras membranas separadas por gordura e plexos venosos, sendo que a externa constitue o periosteo do endocrânio e endorraque e a interna a dura mater.

A endomeninge ou leptomeninge permanece intacta até o aparecimento dos plexos coróides e consequentemente do liquor. A pressão crescente deste dissocia a leptomeninge em dois folhetos originando assim as seguintes formações anatômicas que se comunicam: ventrículos cerebrais, cisternas leptomeningeas, sulcos e fendas da superfície encefálica e espaço leptomeningeo também chamado: infra-aracnoidiano, sub-aracnoidiano ou simplesmente aracnoidiano.

A expressão anteriormente usada: dissociação da endomeninge pelo liquor, não é perfeitamente exata, pois o que se processa é antes um adensamento externo e interno da membrana ou melhor ainda uma rarefação do tecido conjuntivo da mesma na parte média; na verdade os dois pseudo-folhetos são reunidos por malhas finíssimas, as quais formam verdadeiras células que contêm o líquido cefalo-raquidiano. Ao espaço que o encerra cabe portanto, mais precisamente o nome de inter-leptomeningêo ou inter-aracnoidiano.

O espaço compreendido entre o endorraque e a dura mater tem o nome de extra-dural ou epidural, o qual é preenchido parcialmente por gordura e plexos venosos como já foi anteriormente dito. A injeção de anestésico nesse espaço, chama-se anestesias extra-dural ou epidural.

Entre a dura-mater e a aracnoide medulares existe um espaço praticamente virtual e de ordem fissural, denominado sub-dural

ou intra-dural. Contem uma quantidade infima de liquor e é revestido por fibrocitos.

Injetada no canal central da medula do embrião de porco, nas primeiras fases de seu desenvolvimento, uma solução corante, esta passa ao 4.º ventrículo, em seguida ao 3.º e finalmente aos ventrículos laterais.

Se o corante for depositado nas cavidades ventriculares em seguida ao aparecimento dos plexos coróides, passa daí, levado pelo liquor e através dos orifícios de Luschka e Magendie, às cisternas leptomeningeas e em seguida aos sulcos e fendas da superfície externa do encéfalo. "Esta é uma prova experimental e embriológica da relação estreita, cronológica, entre o aparecimento dos plexos coróides, liquor e espaço aracnoidiano".

No que se refere à passagem das membranas perirraquidianas a peri-neurais sabe-se que os pseudo folhetos interno e externo da aracnóide se fundem incompletamente ao nível do buraco de conjugação, separando-se em seguida para formar respectivamente o endonervo e o perinervo. Da junção também incompleta da dura mater com o endorraquis resulta o epinervo.

A injeção de lipiodol no espaço inter-aracnoideo seguida de radiografia, mostra a progressão do contraste ao longo dos nervos.

ORIGEM DO LIQUOR

Após numerosas experiências baseadas em fundamentos diversos, sabe-se hoje que o liquor é formado nos plexos coróides.

Entram também na constituição do mesmo a secreção das células endimárias e pequena quantidade de transudato vascular. Nos plexos coróides se processa secreção e dialise, como veremos adiante.

Entende-se por barreira hemato-encefálica (Stern e Gautier) o fato de certas substâncias não aparecerem no liquor após serem introduzidas na circulação sanguínea e passarem para o sangue quando injetadas no liquor após serem introduzidas na circulação sanguínea e passarem para o sangue quando injetadas no espaço inter-aracnoidiano. A fenolsulfo-naftaleína é uma dessas substâncias.

MOVIMENTAÇÃO DO LIQUOR

E' o seu trajeto lento e centrífugo desde os plexos coróides até às vias periféricas de absorção. Pode-se aumentar anormalmente a rapidez desse movimento mediante a injeção de soluções hipertônicas na circulação. A retirada de liquor ao nível da medula determina uma corrente bastante rápida de cima para baixo, como é lógico.

Antigamente acreditava-se na existência normal de correntes ascendentes; sabe-se hoje após as experiências Weston-Stern e Gautier, que não existem. Há movimentação de baixo para cima tão somente em condições anormais, como seja o refluxo da onda descendente resultante da retirada de mais de 30 cc. de líquido.

A absorção se faz através dos seios venosos da dura mater e da rede venosa pial, e também através dos coletôres linfáticos contíguos ao perínervio, quer dos nervos cranianos quer dos raquidianos.

E' tão lenta a movimentação do liquor que se torna impróprio denominá-la circulação.

COMPOSIÇÃO E PROPRIEDADES

Variam ligeiramente se o material é colhido ao nível da cisterna cerebello-bulbar ou na região lombar, dada a transudação vascular ao longo do canal raquidiano.

De acôrdo com Flexner citado por Best e Taylor, é a seguinte a composição qualitativa e quantitativa do líquido céfalo-raquidiano:

	Mgs. %
Proteínas	16-38
Aminoácidos	1,5-3
Creatinina	0,45-2,20
Ácido úrico	0,5-2,8
Colesterol	ausente
Açúcar	45-31
Áçúcar	45-80
Cloreto de sódio	7,20-7,50
Fosfato inorgânico	1,25-2
Bicarbonato (CO ₂ , volumes por cento)	40-60
Ions hidrogenio (pH)	7,35-7,40
Sódio	3,25
Potássio	12-17
Magnésio	3-3,6
Calcio	4-7
Ácido láctico	8-27

A comparação destes dados com os obtidos por dosagens feitas no plasma sanguíneo fizeram suspeitar a existência de atividade secretoria das células do plexo coróide e, com efeito, a diferença de pressão entre sangue e liquor é menor do que a necessária para a dialise suficiente. Fica pois demonstrado que há dialise e secreção, no que se refere ao líquido que estudamos.

Densidade — 1.007

Volume — cerca de 130 cc no adulto

Pressão — 110 a 130 mms. na posição deitada.

FUNÇÕES DO LIQUOR

- 1.^a) — proteção das células nervosas;
- 2.^a) — manutenção das trocas osmóticas garantindo a constância do volume e pressão do conteúdo craniano.
- 3.^a) — Ação reguladora do metabolismo celular e condutora de substâncias medicamentosas em terapêutica.

HIDRODINAMICA DO LIQUOR

A cavidade craneana e medular estão preenchidas pelo sistema nervoso central, sangue e liquor. A pressão deste depende das pressões arterial e venosa endocranianas e do volume do eixo cerebro-espinhal.

Lei de Monro-Kellie: "Ocorrendo qualquer variação em um desses três elementos, há compensação pela alteração volumétrica de um ou dos dois elementos restantes".

Ao aumento de 50 mms. de mercúrio na pressão arterial intracraniana, corresponde igual elevação da pressão liquórica.

As modificações da pressão venosa endocraniana modificam no mesmo sentido a pressão do liquor.

As variações da pressão deste fluido estão mais sujeitas às modificações de posição do corpo do que ao aumento das pressões arterial e venosa gerais.

De acordo com as leis que regem as soluções e conforme a própria fisiologia do liquor, as variações acima citadas interferem com a formação, composição, movimentação e absorção do liquor.

Experiências demonstrativas de Weed e Hughson:

- 1.^a) — paciente em posição normal — cabeça para baixo.
Pressão cisternal — 125 — 230 mms.
- 2.^a) — paciente em posição normal — cabeça para baixo
pressão na região lombar 170 — 5 mms.
- 3.^a) — paciente em posição normal — cabeça para baixo
pressão cisternal — 125 — 235 mms.
pressão venosa no seio longitudinal 90 — 241 mms.
pressão na artéria carótida — 100 — 115 mms.

REAÇÕES PROVOCADAS PELA RETIRADA E REINJEÇÃO DE LIQUOR

A retirada de 10 cc. não influi sobre a pressão. De acordo com a lei de Monro-Kellie, há uma compensação tencional imediata, determinada pela neo-formação do líquido cef.-raquidiano.

Retirando-se 20 cc. de liquor a pressão se normaliza ao fim de 1 hora. A manutenção ou a retirada da agulha não influem sobre esse tempo, o que prova a inocuidade do orifício da dura-mater. Autores como Mac Robert que acreditam ser a cefaléia post-punção, consequência da perda de liquor por esse orifício, não têm razão de assim pensar, pois ele se oblitera rapidamente.

A retirada seguida de reinjeção provoca hipertensão; retirando-se e injetando-se 10 cc. a pressão de 60 passou a 82 mms., seguindo-se cefaléia e náuseas por 24 horas. A retirada sem reinjeção de 15 cc. provoca cefaléia em 6 % dos casos; de 40 cc. provoca cefaléia em 93 % dos casos.

MODO DE AÇÃO DOS ANESTÉSICOS RAQUIDIANOS

a) A ascensão dos anestésicos faz-se por difusão e por gravidade, é influenciada pela fixação e pela velocidade de eliminação da droga e depende:

- a) — da quantidade de substância anestésica
- b) — do volume injetado
- c) — da densidade da solução anestésica em relação ao liquor
- d) — da velocidade da injeção
- e) — da posição de doente
- f) — da pressão do liquor
- g) — do comprimento do canal raquidiano.

Item a) — “lei de Fick” — a quantidade de sal que se difunde através da massa líquida, é proporcional às diferenças de concentração nas superfícies imediatamente vizinhas, ou seja, é proporcional à diferença de concentração.

item b) — Grodzinsky e Baker provaram experimentalmente que o azul de metileno sobe tanto mais alto no canal raquidiano quanto maior for o volume injetado e que as injeções seguidas de retiradas e reinjeções equivalem à introdução de grandes quantidades de líquido. Por essa razão o processo chamado da “barbotage” deve ser abolido.

item c e e) — O peso específico da solução importa na altura máxima de penetração, a qual é influenciada naturalmente pela posição do corpo, sendo que a posição de Trendelenburg imediata à injeção, favorece a penetração alta do sal; esta varia também com o comprimento maior ou menor do canal raquidiano.

item d) — A injeção demasiado rápida estabelece uma corrente ascendente, que pode levar o anestésico, de um jato às regiões superiores do canal, com perigo para a vida do paciente.

Por outro lado a injeção demasiadamente lenta, estando o doente sentado, determina fixação intensa com dano à zona de absorção macissa.

item f) — Como para difusão das substâncias corantes numa coluna de líquido, assim também, segundo Peck e Delmas, os anestésicos se difundem no espaço inter-aracnoideo na razão inversa da pressão, do liquor.

Daí a vantagem de se retirar uma pequena quantidade deste, quando se deseja anestesia um pouco mais alta, antes de injetar a solução, uma vez que a retirada de 10 cc. de líquido espinal não determina sintomas.

item g) — Quanto mais longo for o canal raquidiano, tanto maior deve ser a quantidade de anestésico empregado, em virtude da distância a ser percorrida e da superfície absorvente.

Se o peso do paciente serve como meio prático para estabelecer a dose de anestésico a ser usada, não se deve esquecer o fator comprimento do canal raquidiano, aumentando-se um pouco o volume a injetar ou diminuindo-o conforme o caso.

ABSORÇÃO E ELIMINAÇÃO DOS RAQUI-ANESTÉSICOS

A reação diazoica de Grodzinsky e Baker (cor vermelha com a novocaína) provou que este anestésico impregna totalmente os nervos raquidianos e superficialmente o eixo nervoso central. Os anestésicos neuro-medulares se eliminam pelas mesmas vias de deflúvio do liquor.

AÇÃO SOBRE OS CENTROS CARDIACO E RESPIRATÓRIO

Jonesco, Le Filliatre e depois outros obtiveram anestesia geral raquidiana em animais, injetando a novocaína em concentração adequada, na cisterna cerebello-bulbar. Isto prova que tais centros toleram certa quantidade de anestésico.

Koster e Kasman praticaram 750 raque-anestésias gerais experimentalmente, deduzindo de seu trabalho o seguinte:

1.º) — Após retirada de certa quantidade de liquor, pode-se injetar, por punção cisternal no cão, volume equivalente de solução de novacina a 6 %, porém com a lentidão necessária para que a concentração no liquor não exceda 1,8 %; com isso se obtém raquianestesia total sem acidentes respiratórios ou circulatórios.

2.º) — Se antes de executar a técnica precedente ministrar-se ao animal depressores tais como: morfina ou amital sódico, a resistência desses centros é consideravelmente diminuída e a hipotensão mais frequente.



Kalyamon

Calcio superativado e Vitamina "D"

Serie "Fatos Curiosos" N° 1

INDICAÇÕES:

Síndromes de descalcificação - Raquitismo, osteomalácia, cáries dentárias, etc. Convalescências de todas as enfermidades infecciosas. Distonías do sistema vago-simpático. Tuberculose em todas as suas formas. Hemorragias de qualquer origem. Pre-operatorios.

D O S E S :

Crianças de 2 a 6 anos - 1 colher das de café 2 vezes ao dia.

Crianças de 6 a 14 anos - 1 colher das de sobremesa 2 vezes ao dia.

Adultos - 1 colher das de sôpa, 2 vezes ao dia.

Nos tratamentos pre-operatorios o *Kalyamon* deve ser tomado, nas crianças 4 vezes ao dia e nos adultos 3 vezes, sendo suficiente toma-lo durante 4 ou 5 dias antes da operação, pois ao fim deste tempo verifica-se o maximo do seu poder coagulante no sangue.

FÓRMAS FARMACÊUTICAS:

Granulado, com aroma de menta piperita.

Em pó, aromatisado com baunilha.

APRESENTAÇÃO: Em frascos de 300 cm³

F Ó R M U L A :

Cada colher das de sôpa contém:

Lactato de calcio 0,80472 g - Clorêto de amônio 0,08047 g - Lactose 0,40235 g - Sacarose 6,70600 g - Vitamina "D" 500 U.I.

Aroma de mêntha ou de vanilina, q. s. p. aromatizar.

Aprovado pelo S. N. F. M. em 12-4-40 (granulado) e
19-11-43 (pó), Licenças n.º 297 e 550.

Farmacêutico Responsável:- **Oscar Bueno**

Cia. Johnson & Johnson do Brasil

PRODUTOS CIRURGICOS

AVENIDA DO ESTADO, 5537 - SÃO PAULO

3.º) — Se antes da experiência usarem-se protetores dos centros citados, tal como: a coramina e a efedrina, sua resistência ao anestésico aumenta consideravelmente.

4.º) — Nas intoxicações leves dos centros cardíaco e respiratório devem-se praticar a respiração artificial aliada à superoxigenação e usar efedrina e coramina.

HISTOPATOLOGIA NERVOSA POST-RAQUE-ANESTESIA

Este assunto foi bem estudado por vários autores. Wassildo, Babcock e Pitkin estudaram a ação de vários anestésicos; só a estovaina produziu alterações citológicas que duraram mais de 24 horas.

Koster e Kasman empregando doses sub-letais de novocaina em 528 rãs, verificaram o seguinte: entumescimento e turvação do protoplasma das células multipolares da medula, dissolução das granulações de Nissl e desaparecimento da estrutura nuclear em número reduzido de células.

Essas alterações são porém reversíveis, desaparecendo completamente no fim de 24 horas.

EFEITO DOS RAQUI-ANESTÉSICOS SOBRE A RESPIRAÇÃO

Há 3 eventualidades a estudar:

1.ª) — Paralisia dos intercostais com funcionamento dos frênicos;

o paciente apresenta-se normopneico em virtude da respiração diafragmática pura;

2.ª) — Paralisia dos intercostais e dos frênicos: nesse caso há apneia;

3.ª) — paralisia dos centros respiratórios bulbar e medular; apnéia.

Na prática deve-se, nos dois últimos casos, iniciar rapidamente a respiração artificial acompanhada de hiperoxigenação e aplicar analepticos. Não se deve suspender este trabalho antes de 2 horas e meia pelo menos, pois é este o tempo médio de eliminação dos anestésicos.

EFEITO DOS ANESTÉSICOS RAQUIDIANOS SOBRE A PRESSÃO ARTERIAL

São há bastante tempo conhecidos os fatores que regem a pressão sanguínea, dos quais citaremos os seguintes:

1) — poder contrátil do coração

2) — tonicidade das paredes dos vasos

- 3) — resistência da árvore vascular
- 4) — volume total do sangue
- 5) — Concentração dos sais e tensão dos gases hemáticos, principalmente O_2 e CO_2 .
- 6) — Integridade dos centros cardíaco e respiratórios e dos nervos vaso-motores.
- 7) — Normalidade da respiração externa e tissular.

A tensão de O_2 no sangue arterial é de 19,45% e no sangue venoso 14,04%.

Se de 19,45% desce a 15% e continua diminuindo, aparecem sucessivamente: hiperpnéia — dilatação cardíaca — hipotensão e morte. A anemia apressa o aparecimento desses acidentes.

Não obstante esses dados continuava-se acreditando que a paralisia dos esplancnicos fosse a verdadeira causa da hipotensão, pelo mecanismo já bem conhecido da vaso-dilatação subsequente.

Entretanto Fergusson e North seccionando bilateralmente os esplancnicos, sem choque operatório, observaram que a pressão arterial diminuía de 11 % apenas.

Co-Tui demonstrou experimentalmente por meio de anestésias segmentárias, secção da medula, hiperoxigenação, etc., seguidas de dosagem de O_2 circulante, que a anoxia determina hipotensão tanto maior quanto mais acentuada for, e, inversamente, que a hiperoxigenação corresponde aumento da pressão arterial.

Ficou assim demonstrado que a causa da hipotensão post-narcose medular, é devida unicamente à carência de O_2 circulante.

Segundo Vehrs, mesmo quando há paralisia completa dos intercostais, existe O_2 suficiente, porque a respiração e o ritmo cardíaco conservam 40 % da sua intensidade, em razão do funcionamento normal dos frênicos e dos centros cardíaco e respiratório.

PROFILAXIA DA HIPOTENSÃO

- 1) — Empregar soluções hiperbaras.
- 2) — Não colocar o paciente na posição de Trendelenburg antes da completa fixação do anestésico.
- 3) — Usar anestésicos menos tóxicos e em dose correta.
- 4) — Aplicar os protetores coramina e efedrina momentos antes de injetar a solução anestésica.
- 5) — Praticar a oxigenoterapia ao primeiro sinal de hipopneia.

Seevers e Waters insistem em que a efedrina deve ser aplicada na veia e sempre como medida profilática, porque logo que se instala a anoxemia é inoperante.

CAUSAS DA MORTE POR RAQUE-ANESTESIA

1.^a) — Paralisia dos intercostais e frenicos, com ou sem comprometimento do centro respiratório, determinando apneia, à qual se segue respiratório, cardíaca — hipotensão e morte.

2.^a) — Idiosincrasia medicamentosa; comum a todos os anestésicos em geral inclusive o cloroformo. Acidente imprevisível e até o momento sem explicação satisfatória.

TÉCNICA GERAL DO BLOQUEIO INTRA ESPINHAL

a) — *Preparo do paciente*: — Além do exame clínico pré-operatório e dos exames complementares julgados necessários, o futuro raque-anestesiado obriga-nos a cuidados especiais, tais como:

1) — *prenarcose*: — deve ser antes de ordem sugestiva que farmacológica, dada a somação de efeitos depressivos e hipotensivos;

2) — indagação sobre uma possível punção anterior acompanhada de distúrbios;

3) — tratamento profilático da hipotensão pela efedrina, ou melhor pela coramina e efedrina, aplicada de 10 a 30 minutos antes da punção;

4) — Tamponamento da vagina na operação de Wertheimer pela possibilidade do refluxo de fezes.

b) — *Instrumental*: — Antisséptico para a pele, agulha própria para punção lombar, conhecida por todos, evidentemente de material inquebrável, de bisel curto e com mandril bem adaptado.

Alguns cirurgiões e anestesiistas usam agulha simples suficientemente longa. O diâmetro da agulha varia de 0,8 a 1 mm.. São preferidas as mais delgadas porque a raquealgia é hoje considerada como resultado da dilaceração do ligamento inter-espinhoso. O condutor é desnecessário — seringa de 3 a 10 cc. de capacidade. Outra seringa com agulha são necessárias quando se costuma anestesiá-lo previamente o trajeto da agulha de punção.

c) — *Posição do paciente*: — São duas as posições usadas: sentada e decúbito lateral com flexão da cabeça e dos membros pélvicos, também chamada posição horizontal ou de Chaut. Há em relação a ambas vantagens e inconvenientes, o que faz com que os cirurgiões variem nas suas preferências.

d) — *Escolha do espaço intervertebral*.

Não são observadas regras absolutas; varia como o nível em que vai ser praticada a intervenção. Geralmente introduz-se a agulha entre a 4.^a e 5.^a vertebrae lombares e dá-se à mesa a inclinação necessária.

e) — *Local da penetração da agulha.* — A punção pode ser mediana ou lateral.

Via mediana: — A agulha deve ser introduzida de baixo para cima de modo a formar um angulo inferior ligeiramente agudo e atravessa sucessivamente: pele, tecido celular subcutaneo, fascia superficial, aponevrose propria dos musculos da massa sacro-lombar, ligamento inter-espinhoso, ligamentos amarelos, espaço espidural, dura mater e pseudo folheto externo da aracnoide.

Via lateral: — a agulha penetra na pele de 1 a 1 e meio cm. para fora da linha mediana, atravessa a massa muscular sacro-lombar em vez do ligamento inter-espinhoso e atinge a dura mater na linha média. A punção desta membrana assemelha-se à perfuração de uma folha de pergaminho.

INCIDENTES DA PUNÇÃO.

1) — Choque da agulha contra a vertebra; retirá-la parcialmente e corrigir ou mudar um pouco a direção, se há formação ossea (esclerose ou ossificação do ligamento inter-espinhoso) puncionar noutro espaço.

2) — Saida de liquido sanguinolento; esperar que saia completamente limpo.

3) — Saida de sangue puro; trata-se da punção de uma veia, retirar a agulha e puncionar noutro espaço.

4) — Saida de pequena quantidade de liquor interrompendo-se em seguida o escoamento; possível existencia de trabeculas inter-aracnoideias, rodar a agulha, fazer o paciente tossir, aspirar com a seringa ou praticar a nanobra de Queckenstedt (compressão suave das jugulares).

5) — Formigamento e dor nos membros inferiores e no baixo ventre; penetração da agulha na massa medular, retirar um pouco a agulha.

OCORRÊNCIAS

1) — Crise hipotensiva reflexa (lipotimia ou deliquio) de fundo emotivo ou determinada por mau estado geral; colocar o doente em posição horizontal e administrar-lhe efedrina, cardiazol, coramina ou cafeina. Recomeçar depois a punção.

2) — Rutura da agulha.

Causas { manobras intempestivas do anestesista
 { movimento brusco do paciente
 { emprego de agulhas finas e rigidas.

Se o fragmento for grande, providenciar imediatamente sua extração, se pequeno, continuar o trabalho e extraí-lo caso aparem sintomas (Dogliotti).

COMPLICAÇÕES DA ANESTESIA ESPINHAL.

Podemos dividi-las em imediatas e tardias.

IMEDIATAS:

1.º) — Nauseas e vomitos. Geralmente aparecem em 20 a 30% dos casos e, via de regra, depois de 15 a 20 minutos ("orage de la vingtième minute") injetar efedrina, se persistirem, essopolamina e atropina.

2.º) — Distúrbios circulatorios e respiratorios, já descritos.

3.º) — Distúrbios motores e sensitivos; são raros e representados por: contraturas e convulsões generalizadas (processos irritativos corticais) hiperestesia da zona a anestesiar e por perturbações visuais, auditivas e psíquicas.

TARDIAS:

1.º) — Cefaleias: — Pode ser explicada por reação meníngea difusa determinada por solução anestésica complexa, ou por reação vaso-motora causada por espasmos vasculares que determinam hipoxemia bulbar, meníngea e cortical, ou ainda por variações acentuadas da pressão do liquor.

Pode também independe da raque sendo provocada por retenção de fezes ou por uma molestia intercorrente como a sinusite. Aparece em 10 % dos casos, no mínimo, segundo Dogliotti.

2.º) — Raquealgia. — Causada pela perfuração do ligamento interespinhoso.

O tratamento da cefaleia consiste em colocar o paciente em posição horizontal e com a cabeça baixa. Quando há hipertensão do liquor a cefaleia aumenta nesta posição.

Aplicar diariamente 1 ampola de ginergene que age sobre o espasmo dos vasos meníngeos e cerebrais.

Se há hipertensão, aplicar solução hipertônica de cloreto de sódio. Havendo hipotensão, aplicar água destilada.

Na hipertensão com cefaléia grave e persistente, praticar punção evacuadora e nas hipotensões com características semelhantes, injetar soluto glicosado isotônico no espaço interaracnoidiano.

3.º) — Vomitos e nauseas tardias: — Raramente ligados à anestesia e só o são quando devidos a processos irritativos meníngeos e bulbares pelo uso de substâncias anestésicas irritantes.

4.º) — *Hiperpirexia post-operatória*: — Ocorrência excepcional, observada com o emprego de cocaina, novocaina e percaína. De interpretação difícil; os exames culturais e histopatológicos são negativos; acredita-se que haja nesses casos comprometimento dos centros termo-reguladores.

O tratamento consiste na termo-regulação externa artificial (processo de Petit-Dutaillis para o tratamento da hiperpirexia post-operatória cerebral).

5.º) — *Distúrbios motores tardios*: — Raríssimos e representados principalmente pela paralisia transitoria do motor ocular externo. Já foi provocada pela percaína, cocaina. Esta predominância explica-se provavelmente pelo longo trajeto subaracnóide deste nervo e pelo seu pequeno diâmetro.

6.º) — Os distúrbios representados pela anúria e por perturbações esfintericas, emotivas, troficas, cerebrais e psíquicas, são raros e dificilmente atribuíveis à anestesia.

MORTALIDADE DEVIDA À RAQUE: — Torna-se cada vez mais rara e o conhecimento das medidas pre-anestésicas, da fisiologia do processo, da técnica, das contra-indicações e do tratamento das complicações, nos levará a só conceber a morte pelo método anestésico que estudamos, por idiosincrasia medicamentosa ou por fatores predisponentes não identificados. Há, com efeito, indivíduos com labilidade nervosa, possibilitando a difusão excepcionalmente rápida e extensa dos anestésicos. É calculada em 1º/oo (um por mil).

TÉNICAS ATÍPICAS.

1) — *Raque-anestesia generalizada.*

(Le Filliatre) — Consiste em retirar 15 a 20 cc de liquor e injetar o sal diluído em quantidade equivalente de solvente, executando a "barbotage". O processo foi abandonado devido a incidentes graves e mesmo mortais por paralisia respiratória e colapso.

2) — *Raque-anestesia a qualquer nível.*

(Jonesco). Injeção de novocaina em solução líquórica, em doses crescentes, a cisterna magna (experimental), e nas regiões: cervico-dorsal, dorso-lombar e lombo-sacra.

Apoia-se no princípio da maior afinidade dos anestésicos pelas fibras sensitivas.

3) — *Raque anestesia lateralizada e de extensão controlável.* — (Barker). Baseia-se no modo de ação das soluções hipobaras, na fixação, viscosidade e difundibilidade do anestésico, fazendo-se o controle pela posição do doente.

Método que não teve aceitação em virtude dos seguintes inconvenientes:

- a) — cefaleia — raquialgia — náuseas;
- b) — frequente fixação e eliminação irregulares do anestésico, determinadas sobretudo pela composição heterogênea das soluções usadas;

- c) — posição forçada e portanto incomoda do anestesiado.

OUTROS PROCESSOS: — Variantes dos anteriores.

- a) — Método da espinocaina (Pitkin)

Usada no Brasil por Gudín e Portugal;

- b) — método da solução alcoólica de percaína (Dogliotti).

- c) — Anestesia em cintura (Kirschner).

- 4) — *Raqui-anestesia continua* (W. Lemmon).

Consiste na injeção repetida de pequenas doses de anestésico. Foi proposta em virtude do efeito fugaz da escurocaina e da toxidez da percaína. Têm sido usado no Brasil desde Junho de 1940. O trabalho original foi publicado em Janeiro do mesmo ano no "Annales of Surgery".

INDICAÇÕES DA ANESTESIA ESPINHAL

É indicada nas operações sobre o torax, abdome superior e inferior, órgãos genitais externos e membros pélvicos.

Quanto ao torax é necessário que o cirurgião tenha experiência e conhecimentos básicos suficientes, a fim de poder debelar os acidentes possíveis.

CONTRAINDICAÇÕES DA ANESTESIA ESPINHAL

1) — estado de choque e grandes traumatizados mesmo sem existência de hipotensão.

2) — Intoxicações graves — caquexia;

3) — anemia grave;

4) — oclusão intestinal de longa duração. Esta contraindicação, citada por Dogliotti, não nós parece importante, porque já temos usado a raque nestes casos sem o menor acidente;

5) — lesões medulares em geral;

6) — lesões cardio-vasculares (idosos hipertensos — arterioescleróticos — hipertensos mesmo não idosos com pressão diferencial alta — esclerose das coronárias — hipotensos comuns nos quais a pressão não se eleva acima de 10 após injeção de efedrina, hipertensão exagerada mesmo sem arterio — esclerose).

As contraindicações de ordem cardio-vascular são as mais comuns; hoje, todavia, dispõe-se de um meio simples para ve-

rificar o rendimento circulatório do paciente. Trata-se da prova de Rhen, descrita em 1938 e baseada na reação do aparelho circulatório à injeção de Veritol.

Consiste no seguinte:

- a) — contar o pulso e medir as pressões arteriaes.
- b) — injetar sub-cutaneamente uma ampola de veritol;
- c) — 3 minutos depois medir novamente as pressões e contar o pulso.

Se as pressões se elevarem e o pulso se mantiver praticamente inalterado, a prova é positiva.

Havendo aumento da pulsação com invariabilidade das pressões a prova é negativa, e, neste caso, o paciente não deve ser raque-anestesiado;

7) — estados anoxemicos sejam, de origem circulatória ou respiratória;

8) — estados septicemicos ou suspeitos de septicemia;

9) — todas as molestias do sistema nervoso central, inclusive doenças mentais. Doentes extremamente nervosos, principalmente os que acusam cefaleia frequente de causa ignorada;

10) — osteo-artroses da coluna e também grandes desvios da mesma;

11) — lesões inflamatórias da zona da punção;

12) — creanças de baixa idade;

13) — operação de Ivanissevich, em virtude do colapso hipotensogeno dos vasos espermaticos;

14) — a aversão do paciente pelo metodo, embora possa ser neutralizada pelo poder de sugestão do operador, é considerada por alguns autores como contraindicação absoluta;

15) — pequenas intervenções;

16) — Bailey desaconselha o uso da raque nas operações motivadas por traumatismos abdominais.

RAQUE-ANESTESICOS USUAIS.

Ater-me-ei tão somente ao estudo das soluções hiperbaras, pois as hipo e isobaras são muito pouco usadas entre nós.

1) — *Novocaina*, também chamada escurocaina, neocaina, sincaina, procaina, etocaina, querocaina e planocaina. E' o hidrocloreto de aminobenzoil-dietil-amino-etanol e corresponde à seguinte formula molecular: $\text{NH}_2 (\text{C}_6\text{H}_4\text{CO}) \text{O} \text{C}_2\text{H}_4\text{N} (\text{C}_2\text{H}_5)_2 \text{HCL}$.

E' um derivado da cocaína. Foi sintetizada e estudada por Einhorn em 1905; sua divulgação foi feita por Braun a partir de 1909. E' encontrada no comercio sob a forma de cristais ou em 48).



pois é...
raquitismo!

Agora também
em empôlas de 1 cm³
Injetável
600.000 U. I. de Calciferol
+
25.000 U. I. de Vitamina A

ADEOLIN

VITAMINAS A D₂ EM SOLUÇÃO OLEOSA

VILHIS
RIO DE JANEIRO
PORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURTIBA
SALVADOR

Ind. Farm. Endochimica S. A.
MATHIZ
SÃO PAULO — BRASIL

END TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
CAIXA POSTAL 230A

Zfiroga - S. Paulo

prova de força



BEFIGOL

Ind. Farm. Endochimica S. A.

MATRIZ
SÃO PAULO — BRASIL

FILIAIS:
RIO DE JANEIRO
PORTO ALEGRE
BELO HORIZONTE
RECIFE
CURITIBA
SALVADOR

END. TELEGRÁFICO
"ENDOCHIMICA"
CÓDIGO POSTAL 2308

7/1949 - S. Paulo

soluções de concentração e composição variáveis. Usam-se de 8 a 15 cgrs.

Acontece algumas vezes que doses pequenas (de 0,01 a 0,13 cgrs.) determinam intoxicação enquanto que outras vezes, doses muito mais elevadas são inocuas.

O seu efeito dura de 45 a 60 minutos.

Altera-se rapidamente sob a ação da luz e do ar. A solução é tão labil quanto os cristais; exige vidro de cor e neutro para sua conservação e não suporta a temperatura de ebulição, deve ser de preferencia tindalizada; sua densidade é 1009.

2) — *Percaina*, — também chamada nupercaina. E' o hidrocloreto de dietil-etileno-diamida do acido butiloxicinchoninico. E' um derivado da quinolina. Descoberta em 1929 por Miescher. O sal apresenta-se sob a forma de cristais brancos. Mesma labilidade que a escurocaina sob a ação da luz, ar e calor (1). Seu poder anestésico é extraordinário e dura de 2 a 5 horas. E' 12 vezes mais ativa que a cocaina mas é ainda mais toxica do que esta.

Apresenta-se no comércio sob duas formas:

a) — solução leve, cuja formula é a seguinte:

Percaina	0,005
Fosfato monossódico	0,0023
Fosfato dissodico	0,0006
Cloreto de sodio	0,005
Água destilada	1 cc.

Sendo hipobara, transforma-se na prática, em hiperbara pelo acrescimo de igual volume de soluto glicosado;

b) — solução pesada, feita em soluto glicosado a 6%.

Usa-se a percaina na dose de 5 a 9 mgrs.

A densidade da percaina pesada é 1.024 a 15° C.

3) — *Pantocaina ou Pontocaina*. — Derivado da cocaina é 10 vezes mais ativa do que esta; seu efeito dura de 3 a 5 horas.

Apresenta-se em cristais incolores e resiste a temperaturas bastante elevadas.

Usa-se 2cc da solução a 1% ou 1cc da solução a 2%, ou seja de 0,1 a 0,2 cgrs.

4) — *Meticaína*. — E' o cloridrato de bensoilgama 2 metil-piperidino — propanol. Descoberta por MC Elvain em 1927. Apresenta-se sob a forma de cristais brancos, inalteraveis ao ar e à luz e resistentes a 115° C. Mais ativa, menos toxica e de ação mais prolongada que a novocaina. Não é eliminada em na-

(1) Técnica Quirurgica-Christmann-Ottolenghi, 4.ª ed., I vol., pág. 129.

tureza como a cocaína, sofre decomposição e as substancias resultantes são eliminadas pela urina.

Woobridge depois de 1.500 anestésias com a meticaina, concluiu que sua ação dura 60 minutos em 100% dos casos, 75 minutos em 93%, 90 minutos em 74% 105 minutos em 38% e 2 horas em 9%.

Apresentação: ampôlas de 2cc contendo 200 mgrs. do sal; é empregada na dose de 1mg. para cada 450 grs. de peso corporal.

E' fixada completamente em 20 minutos.

Pode ser usada para raquianestesia contínua.

Sua densidade é 1.011 a 37° C.

FALHAS DA RAQUIANESTESIA

Calculadas em 2% e devidas a:

- 1) — impossibilidade anatomica;
- 2) — raqui-resistencia;
- 3) — injeção fora do espaço;
- 4) — emprego de soluções antigas;
- 5) — existencia de fortes trabeculas interaracnoides.

CONCLUSÃO

Referindo-nos ao nosso modo de resolver o problema da raquianestesia, e cada cirurgião ou anestesta tem a sua maneira de proceder, apresentamos os resultados por nós observados prestando dest'arte modesta colaboração ao estudo de tão importante assunto.

Começamos usando a solução de percaina, obtendo anestesia apenas quando usamos o medicamento adquirido diretamente do depósito do laboratório, ou seja, em solução recente. Além disso, observamos alguns casos de hipotensão e de cefaléia post-anestésica, felizmente controlados com a medicação apropriada.

Empregamos posteriormente a escurocaina verificando complicações ou inconvenientes muito semelhantes aos observados com a percaina, sendo que as náuseas e os vômitos foram ainda mais frequentes. O curto tempo de ação desta droga contribuiu também para que a abandonássemos.

Passamos então a usar a meticaina, solução a 10% encontrada no comercio em ampolas de 2 cc.

A boa conservação do produto, a regularidade do modo de ação, a duração do efeito anestésico, a fácil dosagem, a toxicidade quasi nula, a simplicidade da manipulação e a ausencia de

acidentes de importancia, levaram-nos a conclusão de que é a meticaina o melhor raquí-anestésico atualmente em uso.

Quando o canal raquí-diano do paciente é muito alto, acrescentamos à dose relativa ao seu peso 0,1 a 0,2 da solução.

Em mais de 100 raquí-anestesias com a meticaina, só em 2 casos o medicamento falhou, havendo em 1 deles supressão completa da motilidade com permanência da sensibilidade.

Temos observado em 21,5% dos casos a chamada molestia da raquicentese, assim definida por Eurico Branco Ribeiro "... é uma afecção provocada pela punção do canal medular, seja para simples extração do liquor, seja para a anestesia raquidea".

Aparece entre o 2.º e 4.º dia e os sintomas são os seguintes: cefaleia ligeira e de pouca duração cuja profilaxia se faz mobilizando precocemente o operado; e que desaparece quando o paciente volta à posição horizontal. Os outros sintomas são: nuchalgia, raquialgia, vertigens, náuseas, vômitos, fenomenos de troficos, insônia, elevação termica.

Uns mais outros menos frequentes, estes sintomas e sinais são sempre de pequena intensidade e de curta duração em se tratando de molestia da raquicentese. Si intensos e duráveis passam a constituir complicações da anestesia raquidinana.

Utilizamos a narcose medular pelas seguintes principais razões:

- 1) — empirismo praticamente inesistente graças aos amplos conhecimentos existentes sobre a fisiologia aplicada sendo mesmo "um dos processos mais seguros de anestesia";
- 2) — técnica simples e de execução rapida;
- 3) — possibilidade de determinação prevista da tolerancia do aparelho circulatório;
- 4) — conhecimento do preparo pre-anestésico;
- 5) — contra-indicações muito precisas;
- 6) — existencia de anestésico pouco toxico e de tempo de ação suficiente;
- 7) — extensão da area anestesiada facilmente controlavel;
- 8) — conhecimento da terapeutica da quase totalidade das complicações;
- 9) — silencio abdominal;
- 10) — Exclusão de um auxiliar nos centros faltos de recursos;
- 11) — praticavel quando outros metodos são contraindicados;
- 12) — extinção completa da dor.

RECALCIFICAÇÃO
DO ORGANISMO

TRICALCINE

TUBERCULOSE
FRACTURAS, ANEMIA
ESCROFULOSE



AMAMENTAÇÃO
CRESCIMENTO
GRAVIDEZ

Fabricado no Brasil com licença especial do LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIA - PARIS
pelos LABORATORIOS ENILA S. A. — Rua Riachuelo, 242 — Caixa Postal 484 — RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Fabrica Nacional de Moveis Aseticos



Salas de Esterilizações — Instrumentos de Cirurgia
Química, Baeteriologia e Eletricidade Médica



LUTZ, FERRANDO
OTICA E INSTRUMENTAL CIENTÍFICO S. A.

Rua Direita, 33

São Paulo



- Solução concentrada de glicero-fosfatos "cerebrais"; de sódio, de potássio e de magnésio.
- Leva as matérias minerais específicas indispensáveis a reconstituição e ao funcionamento da célula nervosa

**NÃO CONTEM ESTRICNINA
NEM ARSÊNICO
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**

**Nevrosthénine
Freysingé**

Gotas

Fabricado no Brasil com licença especial do LAB. FREYSSINGE — PARIS — FRANÇA.
Laboratórios ENILA S/A, Caixa 484, Rio de Janeiro. Filial: Rua Marquês de Itú, 202. S. Paulo.

THE WRIGHT-FLEMING INSTITUTE OF MICROBIOLOGY
(LATE INOCULATION DEPARTMENT)

TELEPHONE:
PADDINGTON 1148.

ST. MARY'S HOSPITAL,
PADDINGTON, W.2.

1st January, 1948.

A. Silten, Esq.,
Silten Limited,
14-18, Weedington Road,
N.W.5.

Dear Sir,

Silten Inhaler.

We have been using this inhaler in our wards for the past year for treating patients by penicillin inhalation, with great success. It is convenient to use, is easily moved from place to place and gives very little trouble. We are very satisfied with it.

Yours faithfully,

Alexander Fleming

O INALADOR "SILBE" TIPO 468
de Silten Ltd.-Londres

encontra-se á venda nas principais casas de
artigos cirurgicos ou com os distribuidores
PAULINO AMBROGI & CIA LTDA
Caixa Postal, 3127-Tel.2.8004 - SÃO PAULO.-



GARANTIA DE UM PÓS-OPERATÓRIO PERFEITO!

THIAZAMIDA CIRÚRGICA é apresentada em tubos de 4 g de 2(p. amino-fenil-sulfamido) tiazol puro, cristalizado por processo especial e esterilizado.



★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA - CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★

R. 9-145

PANAM — Casa de Amigos

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 1 DE JULHO DE 1947

Presidente: Prof. Alipio Corrêa Neto

Estudo comparativo entre as indicações da ressecção e colapsotomia no tratamento da tuberculose pulmonar — Dr. Otávio Nebias —

Considerando que a toracoplastia constitui sem dúvida um método eficiente de colapso nos casos indicados de tuberculose pulmonar e levando em linha de conta de que as ressecções pulmonares ainda ocasionam uma alta mortalidade operatoria vamos nesta exposição partir do ponto de vista seguinte: Mostrar os casos de indicação absoluta da toracoplastia nos quais não é necessário considerar a possibilidade de uma ressecção e em seguida aqueles para os quais o colapso cirúrgico ou não seria antecipadamente eficiente ou então necessitaria ser demasiadamente amplo em quasi toda a altura do torax. Nestes últimos vem à consideração a lobectomia e a pneu-

monectomia. De um modo geral, estão dentro destas possibilidades as lesões, ou cavernas tanto mais quanto mais se encontram afastadas do ápice pulmonar; ou quando estão situadas mais próximas do mediastino, ou, finalmente, quando pelo seu tamanho (cavernas gigantescas) ou extensão já antecipadamente, seriam com mais dificuldades colapsadas pelos métodos cirúrgicos habituais. Assim as ressecções pulmonares seriam aplicadas nos casos nos quais, pela experiência, já ficou demonstrada a pouca exequibilidade da toracoplastia. A lobectomia e a pneumectomia, são portanto intervenções que vêm aumentar o âmbito da cirurgia pulmonar e não devem ser considerados como métodos combativos diante da toracoplastia que continua sendo um excelente meio de combate à tuberculose.



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

Hormo-renino

Sangue da veia renal da cabra, expurgado de proteínas livres anafiláticas, adicionado de extratos totais das glândulas suprarrenais, dos rins e do fígado.

Indicado nas nefrites, arterio-esclerose, manifestações artríticas, discrasias ácidas ou lipogênicas. Insuficiência das suprarrenais, etc.

SESSÃO DE 21 DE JULHO DE 1947

Presidente: Prof. Alípio Corrêa Neto

Cirurgia da Blefaroptose e Paralisia da Elevação — Prof. Daniel B. Kirby — A Blefaroptose pode ser definida como qualquer queda de uma ou de ambas as pálpebras. Indica uma fraqueza do elevador do músculo liso da pálpebra superior. A fraqueza do elevador e músculo liso pode ser (1) local em sua origem como por exemplo na infiltração tracomatosa; (2) pode ser devida a degeneração muscular como na atrofia muscular progressiva; (3) pode ser devida a desordens periféricas ou (4) a desordens nervosas centrais.

A largura vertical da fenda palpebral com o olhar em frente, para cima e para baixo. Fotografias devem ser tomadas nessas três posições. As medidas devem ser comparadas com as que são obtidas quando o paciente se utiliza dos músculos frontais, elevando os supercílios, enrugando a testa, com a cabeça em extensão extrema para trás e também com a cabeça em nível e com as sobrancelhas deprimidas pelo observador. Esta última medida indica a verdadeira força elevadora dos músculos da pálpebra superior quando agindo isoladamente. A largura horizontal da fenda palpebral medida do ângulo do canto interno ao do canto externo por medidas tangentes e marginais. Leitura exoftalmométrica. A sensibilidade e a possibilidade da córnea suportar falta de proteção. O efeito da cocaína no músculo liso da pálpebra.

A multiplicidade de técnica para a correção cirúrgica da ptose é uma indicação dos resultados pouco satisfatórios que seguem os melhores esforços nas mãos dos mais completos e experimentados cirurgiões. Quasi todos tentaram melhorar as técnicas conhecidas. Seria interessante considerar as várias operações, agrupando-as não sob o nome de cirurgias a elas

ligadas, mas sob a classe específica em que se enquadra a operação.

A remoção da pele em toda a sua espessura e a criação de tratos cicatriciais que por sua contração puxam a pálpebra para cima.

O método natural de melhoria da função do elevador e do músculo liso quando há ainda função parcial. Isto dá os resultados mais satisfatórios e deve ser empregado sempre que possível obter efeito suficiente. A via de acesso pode ser através da pele ou da conjuntiva. A indicação direta para este processo existe quando os músculos evidenciam função parcial particularmente quando com as sobrancelhas mantidas forçadamente para baixo a fenda palpebral é maior no olhar para cima do que no olhar para baixo.

A transplantação do músculo reto superior do globo para a pálpebra permitindo o uso do poder elevador do músculo reto superior e oblíquo inferior quando o elevador e o músculo liso estão inertes ou quasi completamente inertes. Essa condição será indicada quando a fenda palpebral for menor no olhar para cima do que no olhar para baixo.

Os métodos para a correção da paralisia da elevação com ptose real ou pseudoptose são complicados quando não há vestígio de poder elevador normal.

O emprego ou aumento da ação vicariante do músculo frontal pode ser obtido ligando este músculo aos tecidos da pálpebra superior por diversos meios. Indicações quando os processos anteriormente mencionados poderiam falhar. A presença de distorção facial na ptose por ação do frontal deve ser evitada.

A remoção da pele é indicada quando é demasiada e caindo em dobras como no blefarochalazios.



digestão perfeita!



POLIDASE

EXTRATO DE PÂNCREAS TOTAL CONTENDO FERMENTOS
LIPO-AMILO-PROTEOLITICOS

LABORTERAPICA S. A. - Santo Amaro - (São Paulo)

POLIDASE

POLIDASE encerra os 3 fermentos principais que garantem a digestão das gorduras, das proteínas e dos hidrocarbonados

APRESENTAÇÃO

DRÁGEAS

Frasco de 30 drágeas de 0,70 g

Cada drágea contém :

Extrato de pâncreas total contendo

Fermentos lipo-amilo-proteolíticos 0,40 g

INDICAÇÕES

Insuficiências digestivas das gastro-êntero-pancreopatias primitivas - Insuficiências funcionais da secreção enzimática externa do Pâncreas nas diversas moléstias que comprometem secundariamente o sistema digestivo (Anemias - Hepatopatias - Colecistopatias - Moléstias infecciosas - Colites).

LABORTERAPICA S. A. - Santo Amaro - (São Paulo)

L. Niccolini & Cia. Ltda. - S. Paulo



O uso da função vicariante do músculo frontal. O autor nunca foi favorável ao emprego deste princípio na cirurgia da ptose porque accentua os característicos indesejáveis do facies na ptose e produz um repuxamento vertical para cima da pálpebra superior. Pode haver indicação para esta operação quando todos os elevadores normais do globo estiverem paralizados.

A resecção do tarso e a resecção e avançamento do elevador e do músculo liso da pálpebra. O nome mais comumente associado a este método é o de Blascovicz. Anos antes de Blascovicz ter publicado seu trabalho a respeito, Wheeler já empregava uma técnica satisfatória para resecção do elevador através da conjuntiva e teve resultados muito bons, mas nunca publicou seu método. O método de Eversbuch para a resecção e avançamento do elevador através da pele é interessante em alguns casos e o autor usou-o com resultados auspiciosos; a facilidade da operação decorrente de operar através da conjuntiva a possibilidade da colocação exata das suturas, a avaliação dos resultados pela extensão dos tecidos ressecados, levaram-no a adotar uma modificação da técnica de Wheeler. Modificou diferenças em material de sutura e no plano de inserção das suturas. A dissecação e o plano de operação são como os que eram empregados por Wheeler com excepção única do princípio do avançamento do músculo ressecado que é o que foi referido ao autor por A. B. Reese. A indicação directa para o uso deste método é em casos de ptose em que a fenda palpebral fica maior no olhar para cima do que no olhar para baixo.

A transplantação do reto superior. A Motais se deve o princípio de aproveitar o poder elevador do reto superior na correcção da ptose, apesar de que o nome de Parinaud e outros estão associados com este método também. O autor modificou-o.

Técnica da transplantação do reto superior. A operação original de Motais era feita inteiramente através da conjuntiva. A dissecação era fácil, mas o ponto fraco do método descrito por Motais estava em sua falta de exatidão e na dificuldade da parte final, qual a de suturar a lingueta de músculo a face anterior do tarso. Shoemaker reconheceu essa dificuldade e publicou um relatório de alguns casos em que combinou a facilidade de encontrar o reto superior e a dissecação da lingueta central do músculo através de uma incisão conjuntival com a exatidão decorrente da sutura da lingueta ao tarso através da pele. O método de Shoemaker foi seguido com sucesso por bom número de cirurgiões nos Estados Unidos. Foi ao ensinar a técnica de Shoemaker, operando em cadáver, que o autor descobriu poder fazer toda a operação através da pele, simplificando assim o método.

O curativo a ser apostado é muito importante afim de proteger a cornea exposta. O curativo cônico de Wheeler é excelente e recentemente tenho feito o que sempre faço após suturar as pálpebras em posição de fechamento da rima. A operação de Trainor da alça tarsal e a de Dickey com o fascia lata tem, ambas, suas vantagens.

Sob a denominação de "paralisia da elevação ocular" podem ser agrupadas diversas condições nas quais é difícil ou impossível ao doente olhar para cima devido à paralisia do reto superior e, ou, do oblíquo inferior. A bem da simplicidade a palavra "ptose" neste trabalho significa blefaroptose. Pode haver associação de ptose verdadeira ou pseudoptose. Por ptose verdadeira entende-se a condição causada pela paralisia do músculo elevador e, ou do músculo liso da pálpebra. Por pseudoptose entende-se não um fechamento espástico das pálpebras pelo músculo orbicular mas uma posição mais baixa da pálpebra superior associada a hipotropia.

Em caso de paralisia unilateral do reto superior com ptose completa mas com obliquo inferior íntegro, não havendo hipotrofia, prevalece o princípio da operação de Motais. Caso contrário deve ser usado o método baseado na função vicariante do frontal.

Em caso, de paralisia do obliquo inferior e reto superior íntegro pode haver ptose associada. Si não houver hipotrofia, pode-se usar o método de Motais. Caso contrário o método frontal, após a correção da hipotrofia.

Paralisia unilateral do reto superior e obliquo inferior com hipotrofia e ptose verdadeira completa: O processo de ressecção e avançamento dos restos atroficos do reto superior e do obliquo inferior sobre a margem orbitária pode ser usado para a correção da hipotrofia. O emprego do músculo frontal é indicado em tal caso para a ptose porque não há outro meio para resolver esta situação difícil.

Paralisia unilateral do reto superior e obliquo inferior com pseudoptose. Hipotrofia direita pronunciada e pseudoptose na posição primária. A região orbitária direita havia sido atingida por traumatismo causado por forceps em parto difícil. Sempre manteve a cabeça em posição erecta e em nível e com o olho direito fechado. Podia abrir o olho direito fazendo um movimento lateral com a mandíbula para a esquerda, não o conseguindo com igual movimento para a direita.

Quando atirava a cabeça para trás e também quando o fazia para fins de exame a pálpebra superior direita abria-se havendo então visão binocular com percepção de relevo no campo inferior. O paciente podia fixar com o olho direito quando o esquerdo estava ocluido e nessa ocasião a fenda palpebral atingia 8mm de largura vertical. Havia uma boa dobra na pele da pálpebra superior direita, indicando ligação do elevador direito (da pálpebra superior) e possivelmente um bom músculo ele-

vador. Sob anestesia a ação passiva do globo foi experimentada e foram encontradas limitações, como se o reto superior estivesse parcialmente substituído por tecido fibroso. O processo de ressecção do reto superior foi feito com dificuldade. O obliquo inferior foi avançado sobre a margem palpebral afim de aumentar sua ação. O globo foi bem elevado com a operação mas será necessário intervir de novo praticando uma operação frontal para a ulterior correção da ptose.

Paralisia parcial bilateral do reto superior e obliquo inferior com pseudoptose bilateral: A condição de hipotrofia bilateral com pseudoptose foi observada em um jovem branco de 14 anos. Ressecção e avançamento do reto superior esquerdo e avançamento do obliquo inferior esquerdo sobre a margem orbitária. Sete dias após as mesmas operações foram feitas no olho direito. O resultado final da correção da hipotrofia e pseudoptose foi auspicioso para o paciente e seus pais.

Reto superior substituído por tecido fibroso em ambos os olhos e com ptose palpebral verdadeira unilateral: A fibrose anômala congênita de tecido muscular extrínseco como o reto externo é um achado comum. Mas o achado de tecido fibroso substituindo tecido muscular do reto superior durante uma operação para reconstrução em caso de ptose é pouco comum. Será melhor corrigir a hipotrofia si isto for possível, usando depois o músculo frontal para correção parcial da ptose. Tais experiências indicam a vantagem de evitar o método de Motais, quando houver qualquer sinal de fibrose do músculo reto superior ou si houver hipotrofia. No caso desta última, será indicado fazer um recuo do reto inferior e alternante ou concomitantemente do obliquo superior para ajudar a corrigir a hipotrofia.

Paralisia unilateral do terceiro par. O prognóstico mau leva a convicção de que todos os métodos

PENICILINA BRASILEIRA

A INDUSTRIA BRASILEIRA DE PRODUTOS QUIMICOS LTDA. tem o prazer de comunicar às distintas classes Médica, Veterinária, Odontológica e Farmacêutica, bem como aos brasileiros em geral, o correção das atividades de sua fábrica de antibióticos que é a primeira da America Latina, com o lançamento no mercado do produto injetável

"PENICILINA ISA"

em frascos de 100 e 200 mil Unidades Oxford

Os exames de controle a que foi submetida a "Penicilina Isa" pelo Instituto Osvaldo Cruz (Manguinhos) e Laboratório Central de Saude Pública (Instituto Adolfo Lutz) revelaram a excelência de sua atividade antibiótica, sua completa esterilidade e ausência de pirogênio e de toxidez, o que vem colocá-la entre as melhores penicilinas do mercado, todas elas estrangeiras.

Congratulamo-nos com os bons brasileiros pelo êxito desta iniciativa, que é o resultado de anos de pesquisas e de trabalhos exaustivos de um grupo de técnicos brasileiros; aliás neste empreendimento, capital, técnicos, matéria-prima, enfim, tudo é nacional.

Aproveitamos a oportunidade para tornar pública nossa gratidão pelos auxílios recebidos:

do **Governo do Estado de São Paulo**, através da Secretaria da Educação e Saude Pública e do Banco do Estado;

do **Governo Federal**, pelo apoio das Classes Armadas, do Ministério do Exterior e da nossa Embaixada em Washington;

do **Governo dos Estados Unidos**, pela valiosa cooperação do "War Production Board", da "Foreign Economic Administration", do "Northern Regional Laboratory" e do "Medical Research Council";

das **Universidades** de Wisconsin e Penn State College, e a inúmeras pessoas que depositaram confiança em nosso empreendimento e muito nos auxiliaram.

Fazemos um apelo a todos os brasileiros para que nos axiliem a levar avante nosso programa. O Brasil libertar-se-á da dependência estrangeira em uma substância fundamental para a saúde pública.

As vantagens deste auspicioso fato são:

a) as **Classes Armadas Brasileiras** ficam tranquilas quanto a seu suprimento em qualquer eventualidade;

b) a **fábrica** poderá produzir outros antibióticos, tais como a estreptomomicina e bacitracina;

c) o **Brasil** fará substancial economia de divisas (dolares, etc.) gastas com a importação de penicilina, que nos custa mais de 5 milhões de dolares por ano!

A **PENICILINA "ISA"** já se encontra em todas as drogarias e inúmeras farmácias de todo o Estado.



INDUSTRIA BRASILEIRA DE PRODUTOS
QUIMICOS LTDA.



Praça Cornelia, 96 - Fones: 5-0918 e 5-0303
São Paulo — Brasil

falham. O oblíquo superior e o frontalis podem ser usados si necessário.

Oftalmologia completa bilateral externa com ptose verdadeira bilateral: Havia uma possibilidade, qual a de utilizar o fascia de debaixo da sobrancelha para uma operação frontal. Este fascia está unido frouxamente com o fascia da pálpebra e é o fascia através do qual o paciente portador de ptose usualmente levanta sua pálpebra quando eleva as sobrancelhas e enruga a testa. A dissecação para cima no plano deste fascia revelou que um retalho conveniente de aproximadamente 1mm. de espessura e 10mm. de largura, ligado à testa podia ser adaptado por debaixo da testa. Provas repetidas foram feitas com a cooperação do paciente para demonstrar, primei-

ro o poder de elevação da testa e depois, com o fascia já no lugar ligado ao tarso em sua face anterior, o desejado gráu de elevação foi conseguido. As fendas palpebrais ficaram com 6mm. de largura e uma pequena porção da pupila ficou exposta.

O A. assim resumiu as suas considerações:

A remoção da pele, resecção e avançamento do elevador e transplantação do reto superior, bem como o uso do frontal são úteis na correção da ptose. A resecção e avançamento do reto superior e oblíquo inferior para a correção da hipotropia podem também corrigir uma pseudoptose. O frontal pode ser usado em tais casos para a correção de eventual ptose real residual.

Associação Paulista de Medicina

Departamento de Cultura Geral
em 28 de dezembro de 1947

Rumos e tendências da Terapêutica — O Departamento de Cultura Geral da Associação Paulista de Medicina encerrou o seu interessante curso sobre "Rumos e tendências da terapêutica. Perspectivas de seu futuro", apresentando relatórios referentes aos seguintes temas: molestias do sangue, molestias do pulmão, molestias do rim e hipertensão, molestias dos órgãos de secreção interna e molestias do fígado.

O relator do tema referente às molestias do sangue foi o dr. Michel Jamra, livre-docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Salientou as grandes etapas pelas quais a Hematologia passou: de início, ciência puramente morfológica, ao tempo das escolas alemã e italiana; e, atualmente, fisiológica e clínica. Assim a aplicação dos estudos de nutrição evidenciou, nitidamente, a natureza carencial da grande maioria das anemias. Elas terão de ser

corrigidas com agentes supletivos, pertencentes ao grupo das vitaminas. Pesquisas realizadas com o fim de determinar os elementos ativos para formação do sangue, vieram também desvendar novos recursos terapêuticos, como aconteceu recentemente com o ácido fólico, essencial ao crescimento de bacterias e dos glóbulos vermelhos imaturos. As pesquisas sobre nutrição, abriram também novas possibilidades terapêuticas no setor das molestias dos glóbulos brancos. Nessas afecções consegue-se demonstrar o efeito corretivo de duas vitaminas do complexo B, a piridoxina e o ácido fólico, não só nos animais em dietas carente como, também, nos estados mórbidos humanos. No setor das leucemias, moléstia de Hodgkin, linfossarcoma e outras neoplasias, as tendências atuais são para reconhecer os agentes excitadores não só do crescimento normal como do canceroso. Já se conseguiu reve-

lar os ácidos mielo e linfocêntrico, capazes de provocar hiperplasias sistematizadas dos órgãos milloide e linfoide, respectivamente. O reconhecimento de que a constituição química dos tumores é praticamente igual, independentemente da histogênese, espécie celular ou caracteres morfológicos, leva à importante noção de que os agentes anti-cancerosos experimentais podem ser aplicados com êxito na patologia humana, como foi conseguido, recentemente, com a uretana.

O capítulo das molestias do pulmão teve como relator o dr. Eduardo Etzel. Focalizou, inicialmente, os sucessos terapêuticos, cirúrgicos e clínicos obtidos nas supurações pulmonares e bronquectasias (dilações dos bronquios), graças ao emprego dos anti-bióticos. A cirurgia dos tumores pulmonares também vem sendo feita com excelentes resultados, ressaltando-se, porém, que a extirpação de todo um pulmão ou de apenas um lobo só é seguida pela recuperação integral da saúde quando feita precocemente. Essa precocidade é possível obter-se nos dias de hoje, graças ao exame radiológico em massa, mediante o processo Manuel de Abreu. O relator realça o fato das possibilidades da cirurgia torácica em nosso meio ficar ampliada cada vez mais, graças às escolas que já possuímos e que possibilitam a formação do conjunto de fatores indispensáveis para essa intervenção: enfermagem, anestesia, transfusão, soluções para manutenção do equilíbrio aquoso e cloretado, plasma, antibióticos, etc.

O tema "Molestias do rim e hipertensão" foi relatado pelo dr. Helio Lourenço de Oliveira, que analisou os três fatores que acarretam a hipertensão de origem renal: a isquemia renal, o hipertensinogenio e a esclerose renal. Analisou os fatores que levam à isquemia renal: psíquicos, tóxicos, neuro-vegetativos, infecciosos etc. Salientou que esses fatores podem ser prevenidos, isto é, podem ser combatidos, fazendo-se assim a profi-

laxia da hipertensão arterial e da esclerose renal secundária. O relator terminou sua exposição analisando com minúcia o complexo problema do hipertensinogenio dos hormônios renais e da esclerose renal, e das perspectivas terapêuticas abertas por essas interessantes investigações.

O dr. Emilio Mattar analisou o problema concernente às molestias dos órgãos de secreção interna. Fez o relator um apanhado da evolução histórica do tema, a partir de Claude Bernard e Brown-Sequaid. Mostrou que o fígado e o testículo, primeiras glândulas a serem indicadas como secreção interna, permitiram, graças ao seu grande tamanho e abundante secreção, estabelecer o conceito de "hormônio", mais tarde correlacionado a outros órgãos de tamanho muito pequeno e com secreções mínimas. Mostrou as perspectivas abertas pelos "hormônios sintéticos" que dizem respeito não somente à terapêutica, como também a uma melhor compreensão das funções orgânicas. Os químicos poderão sintetizar substâncias capazes de modificar funções vitais, no momento ainda pouco conhecidas.

As "Molestias do fígado" tiveram como relator o livre-docente da Faculdade de São Paulo, dr. Antonio Ulhôa Cintra. As afecções hepáticas, como de modo geral toda a medicina interna, só se tornaram melhor conhecidas e tratadas quando foram submetidas à investigação metabólica. O primeiro dietético clássico de "regime poupança" para "repousar" o órgão doente já não mais subsiste. Atualmente procura-se fornecer ao fígado as substâncias de que ele precisa para as suas funções vitais, isto é, faz-se uma terapêutica substitutiva. Os fosfolípidos, a colina, a metionina, diversos amino-ácidos devem ser administrados. O modo de satisfazer as necessidades fisiológicas do órgão é dar uma dieta hipercalórica e hiperprotéica, pois desse modo a glândula aproveitará os amino-ácidos indispensáveis e os radicais úteis para a sua função.

Sociedade Médica São Lucas

SESSÃO DE 13 DE JANEIRO DE 1948

Presidente: Dr. Oscar Isidoro Antonio Bruno

Nevocaina venosa — Dr. Paulo Bressan — O A. discorreu sobre o uso da novocaina endovenosa, estudando a sua ação e as suas possibilidades. Referiu dois casos de anúria, tratados no serviço do dr. Eurico Branco Ribeiro, em que os resultados foram magníficos e citou vários outros casos de várias doenças, em que obteve resultados bons nuns casos e variáveis em outros. Cuidou da questão de dose e referiu a enorme lista de indicações encontradas na literatura médica recente. Foi negativa a tentativa de anestesia por via arterial na dose de 10 cc a 1%. O assunto está ainda em fase de observação, esperando que o campo se limite e os benefícios sejam devidamente especificados. O dr. Moacir Boscardim citou um caso de endarterite com bons resultados e falou sobre o bloqueio simpático pela novocaina em várias afecções. O dr. Nogueira Martins discutiu a questão de dose. O dr. Chafik Curi referiu-se ao bloqueio pela novocaina na asma. O dr. Nelson Souza Campos, referiu-se ao emprego da novocaina intradérmica no prurido anal.

Viagem ao Perú e México — Dr. Nelson Souza Campos — O A. falou sobre sua recente viagem ao México, onde relatou o tema "Lepra" no Congresso de Medicina

Tropical ali reunido em novembro findo. Fez em Lima palestras sobre a lepra e foi encarregado pelo governo peruano para estudar o problema da lepra naquele país, na companhia do prof. J. M. Fernandez, de Rosario, e antigo estagiário do nosso Departamento de Profilaxia da Lepra. Esteve em Iquitos, nas cabeceiras do Amazonas, uma cidade faustosa no passado e hoje quasi segregada do Mundo e visitou o Leprosário de San Pablo, com 400 doentes. Voltou muito bem impressionado com as disposições do governo peruano no combate à lepra. No México encontrou um congresso modeladamente organizado em que presenciou discussões muito interessantes. Há ali tres Faculdades de Medicina: Militar, rural e civil, sendo que só nesta há 6000 alunos. Assistiu a reuniões da Sociedade de Dermatologia, onde apreciou a maneira como são conduzidas as comunicações e as discussões. Impressionou-o sobremaneira o Instituto de Cardiologia.

No regresso visitou vários centros médicos do norte do Brasil. O Hospital Dermatológico do Recife com 250 leitos é digno de ser visto pelos especialistas. No México observou um aspecto clinico regional de lepra, com característicos especiais.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

Senhor Doutor

Inumeros e valiosos trabalhos scientificos e experiências realizadas por notáveis cientistas demonstram a ação poderosa do Fluor na prevenção da carie dentaria.

O ANTI-CARIE XAVIER

contem Fluor em quantidades ideais para garantir suprimento eficaz deste metaloide ao organismo humano.

♦♦♦

Indicações: — Tratamento preventivo da carie dentaria principalmente nas creanças. Poderoso recalcificante geral.

Formula: — Fluoreto de sodio — sulfato de cobre — sulfato de manganês — ferro reduzido — fosfato tri-calcico.

Dose: — 1 comprimido por dia, para creanças e adultos. Nos casos de grande incidencia da carie a dose deve ser dobrada.

Apresentação: — Vidro pequeno com 40 comprimidos. Vidro grande com 80 comprimidos. Embalagem hospitalar com 500 comprimidos.

♦♦♦

Amostras e farta literatura à disposição dos Senhores Dentistas e Medicos.

♦♦♦

Pedidos ao

LABORATORIO XAVIER

Rua Conde do Pinhal, n.º 52 — São Paulo.

Colégio Brasileiro de Cirurgiões

SESSÃO DE 9 DE DEZEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. Sebastião Hermeto Junior

Contribuições para o diagnóstico radiológico diferencial entre as afeções funcionais e orgânicas do cárdia — Dr. José Maria Cabelo Campos — O A., com bela e original documentação iconográfica, mostrou o grande alcance da "prova do nitrato de amilo" para esclarecer o estado funcional do esôfago-cárdia: normalmente, 30 a 50 segundos após a inalação do nitrato de ami-

lo — observa-se um rápido relaxamento do cárdia, permitindo a passagem apreciável da substância radio-opaca. Mostrou um caso incipiente de carcinoma do cárdia — no qual a prova levára ao exame esofagoscópico, confirmando-se pelas biopsia o achado sermótico. Discutiram o trabalho os drs. João Montenegro, Zeferino do Amaral, Soares Hungria e Hermeto Junior.

Sociedade Brasileira de Proctologia

SESSÕES DE 8 A 10 DE JANEIRO DE 1948

Presidente: Dr. Edison de Oliveira.

Temas discutidos em São Paulo

— Foi o seguinte o programa desenrolado pela 2.ª Reunião da Sociedade Brasileira de Proctologia nos dias 8, 9 e 10 de janeiro p. passado.

1.ª Sessão — Dia 8-1-1948 às 20,30 horas, na Sala "Leitão da Cunha", Escola Paulista de Medicina. Prof. Renato Locchi. "Norma geral para a investigação e publicação científicas em medicina". — Presidente: Prof. Alvaro Guimarães Filho, Diretor da Escola Paulista de Medicina.

2.ª Sessão — Dia 9-1-1948 às 9 horas, Sta. Casa. "Serviço de Gastro-Enterologia". 1.º) "Amebíase e Esquistosomiase intestinais e o seu novo tratamento, por injeção submucosa endo-reto-colica, de produtos quimioterápicos" — J. Avelino de Freitas; 2.º) "Granuloma inespecífico ao nível do esfíncter ileocecal" — Dr. Edison de Oliveira; 3.º) "Polipo do reto por Esquistosomiase" — Dr. Mario Fanganiello; 4.º) "Aspectos endoscópicos da esquistosomiase" — Dr. Haroldo Sodré e Milton Cesar Ribeiro; 5.º) "Processo de Buie modificado nas hemorroidas" — Cesar Girard Jacob;

6.º) "Hemorroidectomia" — Dr. Sylvio D'Ávila. — Presidente: Dr. Levy Sodré, chefe do serviço.

3.ª Sessão — dia 9-1-1948 às 20,30 horas. Hospital das Clínicas, 9.º andar. 1.º) "Contribuição ao estudo do tratamento cirúrgico do megacolo. Rotosigmoidectomia" — Daher Cutait, Oscar Simonsen, Angelino Mansione; 2.º) "Adenocarcinoma ano-retal — Significação prognóstica da invasão do canal anal nos adenocarcinomas do baixo reto" — Dr. Jorge de Castro Barbosa, J. M. Waugh e M. B. Dockerty; 3.º) "A operação de Hartmann no carcinoma alto do reto" — Edison de Oliveira e Moyses Salim Auada; 4.º) "As ressecções anteriores nos carcinomas do reto" — Prof. Eurico Bastos; 5.º) "Polipose intestinal" — Daher Cutait, José F. Pontes, Oscar Simonsen e Marcos Elisabtsky; 6.º) "A técnica de D'Allaine na cirurgia do reto" — Dr. Mario Degni e Brasil Filho; 7.º) "Cirurgia Conservadora no Cancer do reto" — Dr. Sylvio D'Ávila; 8.º) "Cancer do colo sigmide" — Dr. J. Mario Caldas; 9.º) "Aspectos da cirurgia do cancer do grosso intestino" — Walter



TRANSPULMIN

Solução oleosa à 3% de quinina básica, cânfora e óleos etéreos.

Para a quininoterapia parenteral e indolor das afecções inflamatórias das vias respiratórias:

Gripe, bronquite aguda e crônica, pneumonia, bronco - pneumonia, bronquiectasia, abscesso pulmonar, etc..

Profilaxia da pneumonia post-operatória.

APRESENTAÇÃO:

Caixa	com	3 ampolas de 1,2 cm ³
"	"	6
"	"	12
"	"	75
"	"	250



Farmaco Ltda

CAIXA POSTAL 3107

RIO DE JANEIRO

Gentile de Mello. — Presidente: Prof. Benedito Montenegro.

4.a Sessão — dia 10-1-948, às 9 horas, Hospital Nossa Senhora Aparecida, "Serviço de Proctologia". 1.º) "Considerações sobre 2 casos de blastomicose ano-retal" — Dr. Carlos Silva Lacas e Dr. Edison de Oliveira; 2.º) "Orientação para o diagnóstico de laboratório da amebíase" — Dr. A. Dacio Franco do Amaral; 3.º) "Nova conducta no tratamento dos casos cirúrgicos de amebíase intestinal" — J. Avelino de Freitas; 4.º) "Bases da irrigação arterial na cirurgia conservadora do carcinoma do reto" — Dr. Mario Degni; 5.º) "Aspectos endoscópicos da Amebíase" — Drs. Haroldo Sodré — João Ferreira e Julio Croce; 6.º) "Granulomas amebianos do intestino grosso" — Drs. Haroldo Sodré, João Ferreira e Julio Croce; 7.º) "Proctologia e amebíase" — Dr. Sylvio D'Avila; 8.º) "Pré e posoperatório em Proctologia" — Walter Gentile de Mello e Fernando Gentil; 9.º) "Promontofixação" — Dr. João Prado. — Presidente: Dr. Brasil Filho, chefe do serviço.

5.a Sessão — dia 10-1-948, às 14,30 horas, Sanatório Esperança. 1.º) "Patogenia do estreitamento do reto na doença de Nicolas-Favre. Linfotropismo do virus e o processo anginoso ano-retal" — J. Avelino de Freitas; 2.º) "Fistula anal dupla no lactante" — Marcello Nogueira e Luiz Odvelas; 3.º) "Invaginação ileo-ceco-colica" — Daher Cutait, Geraldo Verginelli; 4.º) "Fistula em ferradura" — Dr.

Orlando Z. Mammana; 5.º) "Abcesso ano-retal" — Dr. Adalberto L. Ferraz. — Presidente: Prof. Bernardes de Oliveira, Diretor do Sanatório Esperança.

6.a Sessão — dia 10-1-948, às 20,30 horas. Sanatório São Lucas (Encerramento). 1.º) "Anestesia na cirurgia do colo, reto e anus" — Dr. Amador Varela Lorenzo; 2.º) Torção do segmento ileo-ceco-cólico — Dr. Eurico Branco Ribeiro; 3.º) "Vólculo do colo sigmoide" — Dr. Waldemar Machado; 4.º) "Etiopatogenia do prolapso do reto na infancia" — Dr. Pedro S. Campos; 5.º) "Prolapso na infancia" — Drs. Erasto Prado e Pedro Refinetti; 6.º) "Diverticulite" — Dr. Sylvio D'Avila. Presidente: Dr. Sylvio D'Avila, 1.º Presidente da Sociedade; Secretário honorário: Dr. Eurico Branco Ribeiro, Diretor do Sanatório São Lucas.

Diretoria — Presidente: Dr. Edson de Oliveira, Vice-presidente: Prof. Walter Gentil de Mello; Secretário: Dr. Haroldo Sodré; Tesoureiro: Dr. Adalberto Leite Ferraz. Conselho Consultivo: Drs. Marcelo Nogueira, José de Angelis e Brasil Filho.

Diretoria para 1948 (Reunião a se realizar em Juiz de Fora, Estado de Minas Gerais, em outubro de 1948). Presidente: Dr. Dirceu de Andrade; Vice-presidente: Dr. José Mario Caldas; Secretário: Dr. W. Gentile de Mello; Tesoureiro: Dr. Horácio Carrapatoso. Conselho Executivo: Drs. J. Avelino de Freitas, Castro Barbosa, Brasil Filho.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luis Antônio, 644 * Fone 2-5831 * São Paulo

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 4 DE DEZEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. B. Paula Santos

Observações sobre algumas lesões elementares da conjuntiva tarsal — Prof. A. Bussaca — Falando sobre o assunto de sua comunicação, teve o professor Busacca a oportunidade de focalizar as questões referentes ao aspecto das pupilas, provocação dos folículos, analisando diversos tipos de cicatriz. Destacou ainda a cor dos folículos em relação ao tarso.

Comentaram o trabalho apresentado pelo professor Busacca, os drs. Celso Toledo, B. Paula Santos e Paulo Aranha.

Estria vítrea na câmara anterior — Dr. B. Paula Santos — A seguir, o dr. Paula Santos apresentou o trabalho: "Estria vítrea na câmara anterior". De início, salientou o A. os diferentes tipos encontrados na bibliografia referente ao assunto e, a seguir, indicou a sua etiologia, frequência e seus aspectos anatomo-patológicos.

Discutiram essa comunicação, o professor Busacca e os drs. Celso de Toledo e Avelino Gomes da Silva.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

SESSÃO DE 2 DE DEZEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. Alvaro Couto Brito

Emprego dos fatores Rh e Hr em Medicina Legal — Dr. Arnaldo Amado Ferreira — O A. historiou primeiramente a descoberta daqueles fatores por Landsteiner e Wiener, dizendo que o fator Rh positivo se transmite como dominante e o Rh negativo como recessivo. Focalizou a questão dos subtipos de Rh e, na perícia, a necessidade de se trabalhar com os soros Rho, Rh', Rh'' e Hr para a justa determinação dos tipos. O valor do fator Hr é, sobretudo, para se determinar a existência ou não de indivíduo heterozigoto. Estudou a questão das nomenclaturas, isto é, a de Wiener e a de Fisher, e mostrou a necessidade de se uniformizarem as mesmas para que, na prática, se evitem confusões.

Estudou as várias técnicas recomendadas para a determinação do Rh e Hr, chamou a atenção para

de Chown, a dos tubos capilares, mostrando os seus préstimos na prática. Apresentou uma série de perícias realizadas pelo Prof. Flaminio Fávero e pelo A., no Instituto Oscar Freire, sendo eles os primeiros a aplicarem os quatro soros anti-Rho, anti-Rh', anti-Rh'' e anti-Hr para esta finalidade em nosso fóro e no interior do Estado, em São João da Boa Vista. O A. concluiu a sua comunicação, citando as quatro leis estabelecidas por Wiener, aplicadas à exclusão da paternidade pelo estudo do fator Rh e Hr.

Até a presente data, com o auxílio dos fatores A, B, M, N, era possível, em 3 indivíduos acusados, excluir um apenas; agora, com o auxílio dos tipos de Rh, é possível, em 2 indivíduos inocentemente acusados, excluir-se um, isto é, a metade.

Um Novo Rumo em Sulfamidoterapia

PARTES IGUAIS DE SULFA-
THIAZOL + DIAZINA + MERAZINA

TRILAMID

Um princípio novo foi recentemente introduzido por LEHR (1, 2, 3, 4) : o da SULFACOMBINAÇÃO. U'ma mistura de sulfanilamidas heterocíclicas pode ser dissolvida em água (ou em urina), sem que uma sulfa exerça qualquer influência sobre a solubilidade das demais. Daí decorre uma consequência prática importante, o perigo mínimo de precipitação intrarrenal das sulfas, ocorrência não rara com os preparados sulfamídicos usuais. Além disso, a mistura TDM, ora lançada pelo Laboratório Torres sob o nome de TRILAMID permite atingir as concentrações sanguíneas mais elevadas, que denotam uma absorção mais rápida das sulfas que entram em sua composição (5). A incidência de reações alérgicas é também muito mais rara após o uso das sulfas combinadas (3).

TRILAMID

Comprimidos de 0,50 g contendo 0,18 g de sulfatiazol, 0,18 g de sulfadiazina e 0,14 g de sulfamerazina. Tubo com 20 comprimidos.
Embalagens hospitalares : 100-250 comprimidos.

BIBLIOGRAFIA :

- (1) LEHR, D. (1945) Proc. Soc. Exp. Biol. & Med. **58**: 1,11
- (2) LEHR, D. (1946) J. Urol. **55**:548
- (3) LEHR, D., SLOBODY, L. & Greenberg, W. (1946) J. Pediatrics, **29**, 275
- (4) LEHR, D. (1947) Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., **64**, 393
- (5) FRISK et al., (1947) Brit. Med. Journ. **1**, 7

LABORATÓRIO TORRES S. A.
RUA S. JOAQUIM, 216 — CAIXA POSTAL, 1773
SÃO PAULO

Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSÃO DE 27 DE FEVEREIRO DE 1947

Presidente: Dr. Alexandre de Mello

Operabilidade e curabilidade dos tumores malignos — Dr. Antônio Prudente — O A. frisou a diferença existente entre a operabilidade e curabilidade e ressecabilidade de um tumor.

Passou a seguir a falar sobre as condições de operabilidade, e que em resumo são as seguintes: 1) sede do tumor; 2.) do tecido em que se assentou; citou o fato de existirem órgãos com predisposição para determinados tipos de neoplasia; 3.) Extensão local dos tumores. Disse ser a infiltração o tipo mais comum. Referiu-se à divisão do cancer em quatro graus, encarecendo o valor do tratamento precoce; 4.) Grau de malignidade histológica. Lembrou que no grau I a cura se dá em 100%; no grau II em 60%; no grau III em 30% e no grau IV em 0%. Os cânceres glandulares como os do estômago são de grau III! ou IV e por si, o grau histológico é mau.

O cancer da mama é de grau III, maligno, mas é externo e o diagnóstico pode ser precoce; 5.) Elementos pertinentes do próprio doente, como a idade, estado geral, etc. Os cânceres digestivos levam facilmente "caquexia. A ten-

dência atual é achar que haja um elemento tóxico que colabora nessa caquexia; entretanto, acha o conferencista que essa caquexia está mais na dependência da dificuldade de alimentação, sendo mais de ordem digestiva. Os doentes com tumores hemorrágicos são levados à anemia secundária. O pré-operatório tem que ser bem feito.

Complicações: O fator infecção é o mais importante. Mas com os recursos dos anti-infecciosos melhorou muito este problema. Lembrou que o doente já irradiado entra na cirurgia com "deficit". Em 50% dos cânceres da pele há um fator local pré-cancerígeno: plaqueta leucoplástica, eczema, verruga. Quando tratado pelo rádio comumente o doente tem atrofia da pele, eczema, perdendo a pele a defesa. As intervenções tem que ser amplas porque a zona é má.

Discussão: Ao prof. Prudente foi perguntado qual a sua opinião a respeito do esvaziamento profilático dos ganglios da região cervical, nos casos de neoplasias da face e da laringe. Respondeu o orador que só nos casos de câncer da base da língua, é que ele fazia tal profilaxia.

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina, seção de Otorrinolaringologia, sessão de 17 de dezembro de 1948, ordem do dia: Indicações cirúrgicas sobre o tratamento do cancer na laringe — Prof. Chevalier-Jackson.

Seção de Neuropsiquiatria, sessão de 5 de dezembro de 1947, ordem do dia: Arteriografia cerebral (68)

em Neuropsiquiatria — Drs. Aloisio Matos Pimenta e Celso Pereira da Silva.

Seção de Cirurgia, sessão de 10 de dezembro de 1947, ordem do dia: Diagnóstico diferencial dos tumores intratorácicos — Dr. Euclides de Jesus Zerbini; Cancer gástrico — Problema do seu diagnóstico precoce — Dr. Mário Degni.

Departamento de Cultura Geral, sessões de 19 e 26 de dezembro, de 1947 — "Posição Cultural do Brasil na América" — Drs. Caldeira Filho, Sergio Milliet, Rolland Calvianti de Albuquerque Corbisié, João Cruz da Costa, Antonio Cando e Jamil Almansur Hadad.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 16 de dezembro de 1947, ordem do dia: O uso do radium em Oftalmologia — Prof. Carl Frendi; O emprego do Rutim em Oftalmologia — Prof. Moacir Alvaro.

Sociedade Médica da Municipalidade, sessão de 10 de dezembro de 1947, ordem do dia: Bases para organização de uma campanha profilática e terapêutica da sífilis entre os servidores municipais — Dr. Aurelio Ancona Lopez; Retosigmoidites — Dr. Pedro de Sousa Campos Filho.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 16 de dezembro de 1947, ordem do dia: Abscessos pulmonares agudos — Tratamento clínico — Dr. Arivaldo de Carvalho; Abscessos pulmonares agudos — Tratamento cirúrgico — Dr. Nairo França Trench.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, sessão de 2 de dezembro de 1937, ordem do dia:

Emprego dos fatores Rh e Hr em medicina legal — Dr. Arnaldo Amado Ferreira.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 11 de dezembro de 1947, ordem do dia: Necessidade da difusão da terapêutica pelas sulfonas em todo o país — Dr. Laurito de Souza Lima; Terapêutica pelas sulfonas baseada em experiências de vários anos no Sanatório Santo Angelo — Dr. Renato Pacheco Braga; Trabalhos sobre a cirurgia e a neurocirurgia — Drs. Lineu M. Silveira e Osvaldo Freitas Julião.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, sessão de 10 de dezembro de 1947, ordem do dia: Psicoses tóxicas — Dr. Joy Arruda.

Sociedade Paulista de Medicina e Higiene Escolar, sessão de 18 de dezembro de 1947, ordem do dia: Higiene Mental da 1.ª infância — Prof. Pedro de Alcantara; Higiene Mental da 2.ª infância — Prof. Durval Marcondes.

Sociedade Paulista de Medicina Social do Trabalho, sessão de 13 de dezembro de 1947, ordem do dia: O serviço social no Hospital das Clínicas — Dra. Maria Mesquita Sampaio.

IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumario dos últimos números

Arquivos de Biologia, XXXI, 281, setembro-outubro de 1947 — Dez anos de progressos terapêuticos e organização das pesquisas terapêuticas futuras — Prof. E. Bertarelli; Regime alimentar em certas endocrinopatias — D. M. Gonzalez Torres; Orientações e observações recentes sobre o emprego dos aminoácidos — Prof. E. Bertarelli; As aplicações práticas das bacteriófagos polivalentes intestinais J. G. S.

Anais de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, 1947 — Prof. N. Moraes Barros — Paulo de Godoy; Evolução ao termo de uma prenhez tubária — A. Wolff Netto e Ferdinando Andreoni; Tumores do mesenterio — José Gallucci; Transformação maligna de teratoma cístico do ovário — René Mendes de Oliveira e José Hamermesz; Corioepitelioma do útero com me-

tastase vaginal — René Mendes de Oliveira e Jamil Daud; Carcinoma do côto cervical restante — A. Wolff Netto e José Hamermesz; Teratoma cístico estrumoso do ovário — Paulo Gorga e Franz Muller; Tumores Intraligamentares — Artur Wolff Netto e José Hamermesz; A podofilina no tratamento dos condilomas dos genitais femininos — Jamil Daud e Alexandre Rubin; Considerações sobre a roentgenterapia na endometriose — Artur Wolff Netto e Zuinglio Themudo Lessa; Abscessos sub-uretrais verdadeiros e falsos. Divertículos uretrais — Lindoro Credidio e José Elias Arra; Fibromas do ovário — Franz Muller e Ferdinando Andreoni; Tratamento das anexites pelas ondas curtas — Ferdinando Andreoni e Jandira Z. P. Pereira; Alergia em Ginecologia — José Medina; Endometriose — A. Wolff Netto e Franz Muller.

Arquivos de Dermatologia e Sifilografia de São Paulo, XI, 1-2, março-junho de 1947 — Necrologia; Dermatologia no Brasil — professor Fernando Terra; Doses de Metoquina no tratamento do Pênfigo Foliáceo — Dr. Mário Fonzaari; Classificação do Pênfigo Foliáceo baseada em dados Anátomo-Clinicos e Hematológicos — Dr. W. A. Hadler.

Boletim de Higiene Mental, IV, 39, novembro de 1947 — A psiquiatria e a Vida Moderna — Prof. A. C. Pacheco e Silva.

Medicina Social, I, 4, julho-agosto de 1947 — Organização dos Ambulatórios Médicos do Serviço Social da Indústria — Dr. Paulo de Castro Correia; La Prevision Social en el Paraguay — Dr. D. M. Gonzalez Torres; Organização do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência — Dr. Alfredo Vernieri; Avaliação do Estado do Miocárdio pelo Electrocardiograma — Drs. Augusto S. Mascarenhas, José Landolfo, Italo Domingos Le Vocci; Serviço Social na Medicina — Experiências nos Es-

tados Unidos — Srta. Rita de Cassio B. de Revoredo; Exercício ilícito da Medicina no Novo Código Penal — Prof. Flaminio Fávero; Sugestões para a Reorganização da Assistência Alimentar nos Parques Infantis — Srta. Clorinda Gutilla.

Neurônio, VIII, 4, 1947 — As lesões nos esportes ante o Direito Penal — Emílio Corbiere.

Resenha Clínico Científica, XVI, 11, novembro de 1947 — Notas de terapêutica epitópica — Marcelo Comel; Sequência clínica da "síndrome de radiação ionizante" nos mamíferos — Elizabeth E. Painter.

Revista de Cirurgia de São Paulo, 13, 2, setembro-outubro de 1947 — Recentes aquisições em Cirurgia — Prof. Dr. Benedito Montenegro; Segurança e duração da raquianestesia do abdômen superior — Dr. Piragibe Nogueira; Cístico-duodenostomia — A. Cesário de L. Horta.

Revista Clínica de São Paulo, XXII, 3-4, setembro e outubro de 1947 — Associação do Timol e óleo de Quenopódio no tratamento das Helmintoses, principalmente da Ancilostomose e Ascarirose — Prof. Samuel B. Pessoa; Psicopatologia de los mitos y leyendas, y de los cuentos infantiles — Dr. Félix Martí Ibañez.

Revista do Hospital das Clínicas, II, 4, outubro de 1947 — A influência da posição do membro superior e do corpo sobre a pressão arterial em hipertensos e normotensos — Drs. José Ramos Jr., José Augusto Laus Filho e Alvaro Macedo; Gastrectomia total. Comentários sobre 8 casos operados por via abdominal — Prof. E. Vasconcelos e Dr. A. Dino de Almeida; Sobre as artérias do pedículo hepático. Conclusões cirúrgicas — Dr. Silvio Alves de Barros; Sobre o diagnóstico radiológico das úlceras cardíacas e sub-cárdicas — Dr. José Hortêncio de Medeiros Sob.; Transplantes em cirurgia

Perandren

"Ciba"
Propionato de testosterona



Hormônio testicular
sintético
quimicamente puro

INDICAÇÕES:

Andrologia

Insuficiência testicular
Hipertrofia da próstata
Impotência, etc.

Ginecologia

Mastites premenstruais
Mastopatias funcionais
Metrorragias

Neurologia e Psiquiatria

Psicoses depressivas
Vasoneuroses
Insônia

Ampolas de 5 mg.
Ampolas de 10 mg.
Ampolas de 25 mg.

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S.A.

RIO DE JANEIRO - Av. Venezuela, 110 - C. P. 3437

SÃO PAULO

Av. Brig. Luiz Antonio, 389/395 - C. P. 3678

PORTO ALEGRE

Avenida Alberto Bins, 400 - C. P. 1471

BELO HORIZONTE

Rua dos Caetés, 871 - C. P. 123

RECIFE

Rua 7 de Setembro, 128 - C. P. 439

plástica e reparadora. Estudo sus-
cinto. Esboço de classificação —
Dr. Roberto Farina; Reabilitação
médica — Dr. Roberto Taliberti;
Considerações em torno do condi-
loma acuminado da vulva na gra-
videz e seu tratamento pela podo-
filina — Dr. Celso Menzen.

**Revista de Medicina e Cirurgia
de São Paulo**, VII, 7 e 8, julho-
agosto de 1947 — Adenopatia trá-
queo-brônquica caseosa com irrup-
ção na traqueia — Morte por asfi-
xia — Drs. Adel Guimarães Bar-
bosa e Decio Fleury Silveira; Ano-
malias do Aparelho Genital — Dr.
Ulysses Lemos Torres; Emprego do
Hormônio Sexual masculino em mu-
lheres com câncer da mama —
Frank E. Adair; Tratamento local
da terno-vagine purulenta com pe-
nicilina — Dr. Eric Unonius; Im-
portância social e econômica da
moléstia Trombo-embólica — Dr.
Harry Ziliacus; Influência das di-
amino-di-fenil-sulfonas na lepra

ocular — Dr. Francisco Amendo-
la; Terapêutica pelos ácidos ami-
nados — Dr. Eric Unonius; Cirur-
gia da Bifaroptose e Paralisia da
Elevação — Prof. Daniel B. Kirby.

Revista Paulista de Medicina,
XXXI, 3, setembro de 1947 —
Conceptions physiopathologiques
nouvelles et traitements nouveaux
des cirrhoses du foie — Robert
Wallis; Hemoglobina paroxística
pelo frio — Drs. Durval Rosa Bor-
ges e Lauro Americano Sant'An-
na; Gravidez gemelar com feto
papiáceo — Drs. Domingos Del-
ascio, Carlos A. Salvatore e Ciro
Ciari Junior; Câncer do pulmão —
Comentários táticos e técnicos sô-
bre um caso de pneumonectomia
— A. Dino de Almeida e Jorge Fer-
reira; Um erro de diagnóstico —
Abscesso perinefrético simulando
tumor renal — Roberto Rocha Bri-
to; Blastomicose da região pan-
creatíca — Ac. Osvaldo Paulo Fo-
rattini.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Professor E. Brumpt

Jubileu profissional — O profes-
sor E. Brumpt, ilustre titular da ca-
deira de Parasitologia da Faculda-
de de Medicina de Paris, completa-
rá no corrente ano o cincoentená-
rio de seu exercício na cátedra e
de fecunda produção em todos os
setores da parasitologia e da me-
dicina tropical. Por esse auspicio-
so fato receberá o emérito profes-
sor excepcionais homenagens a
que faz jus. Entre elas avulta a
constituição de um prêmio inter-
nacional de Parasitologia que leva-
rá o seu nome.

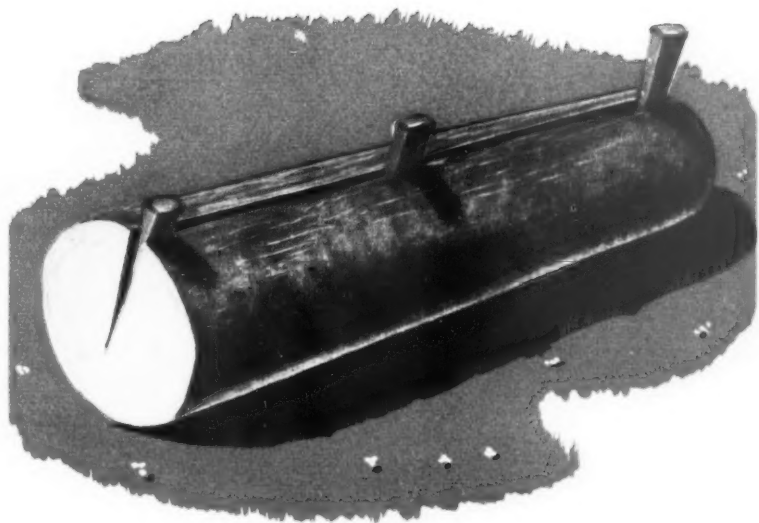
Para angariar os fundos necessá-
rios a essa iniciativa constituiu-se
na França um comitê central sob
a presidência do Prof. Lavieir. O
comitê francês convidou os vários
países em que o Prof. Brumpt con-
ta com um vasto círculo de admi-
radores e ex-alunos a colaborar
nessa tarefa.

Para o caso particular do Bra-
sil e de São Paulo, essa iniciativa
reveste um caráter sumamente sim-
pático, pois devemos lembrar-nos
de que o Prof. Brumpt foi o fun-
dador e primeiro professor da cá-
tedra de Parasitologia da nossa
Faculdade de Medicina. Nela a sua
atuação foi extraordinariamente fe-
cunda, pois estabeleceu sólidamen-
te os fundamentos científicos e ex-
perimentais que até hoje caracte-
rizam a escola parasitológica pau-
lista. Ao se ausentar, em 1914, cha-
mado pela sua Pátria ao deflagrar
a grande guerra, deixou uma pleia-
de de discípulos, dignos continua-
dores da sua obra.

Por tudo isso é que se espera
que a contribuição de São Paulo às
homenagens projetadas seja sobre-
modo significativa.

Para coordenar os esforços a se-
rem feitos nesse sentido, constitu-

TRIBI



TRÊS TEMPOS DE PENETRAÇÃO = AÇÃO INTENSA E CONTÍNUA

TRIBI

TIPO INFANTIL (38 mg de Bi - metal)

Hidróxido, salicilato e carbonato de Bismuto aña 0,02 g

TIPO FRACO (75 mg de Bi - metal)

Hidróxido, salicilato e carbonato de Bismuto aña 0,04 g

TIPO FORTE (114 mg de Bi - metal)

Hidróxido, salicilato e carbonato de Bismuto aña 0,06 g

Difere dos outros bismúticos pela associação de três sais com tempos diferentes de absorção.

PERFEITAMENTE ASSIMILÁVEL,

o TRIBI determina rápido e profundo efeito terapêutico, quer na sintomatologia objetiva e subjetiva, quer nas reações sorológicas.

Em tôdas as variedades da sífilis.

Nas anginas - Nas úlceras tropicais.

DOSES:

Uma injeção profunda na região glútea, cada 4-5 dias ou conforme prescrição médica.

O ciclo terapêutico médio no adulto é de 18 injeções (6 do tipo fraco e 12 do tipo forte).

Nas crianças de 3-5 anos: injetar 1 cm³ do tipo fraco (um ciclo de 12 injeções).

Nas crianças de 5-8 anos: injetar 2 cm³ do tipo fraco (um ciclo de 12 injeções).

LABORATÓRIOS BIOSINTÉTICA S. A.

Praça Olavo Bilac, 105, - Tel. 51-5621 Caixa Postal 2797 - São Paulo

Consultores científicos: Profs. Drs. Mario Artom e Alexandre Seppilli

iu-se uma comissão composta das seguintes pessoas:

Presidente de Honra: Dr. Ademair de Barros, Governador do Estado; Vice-presidente de Honra: Prof. Lineu Prestes, Reitor da Universidade de São Paulo. Presidente: Prof. Celestino Bourroul, Decano da Faculdade de Medicina. Membros: Prof. Renato Locchi, Diretor da Faculdade de Medicina; Prof. Geraldo H. de Paula Souza, Diretor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública; Prof. Alvaro Guimarães Filho, Diretor da Escola Paulista de Medicina; Prof. Paulo Cezar de Azevedo Antunes, Diretor do Departamento de Saúde e Professor de Parasitologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública; Prof. Henrique da Rocha Lima, Diretor do Instituto Biológico; Prof. José de Carvalho Lima, Diretor do Instituto "Adolfo Lutz"; Dr. Eduardo Vaz, Diretor do Instituto Butantan; Dr. Oliverio M. de Oliveira Pinto, Diretor do Depar-

tamento de Zoologia da Secretaria da Agricultura; Prof. Samuel Barnley Pessoa, Professor de Parasitologia da Faculdade de Medicina; Prof. Francisco Antonio Cardoso, Professor da Faculdade de Higiene e Saúde Pública; Prof. Zeferino Vaz, Professor de Parasitologia da Faculdade de Medicina Veterinária; Prof. Paulo Artigas, Professor de Parasitologia da Faculdade de Farmácia e Odontologia; Prof. Flávio Ribeiro da Fonseca, Professor de Parasitologia da Escola Paulista de Medicina; Dr. Clemente Pereira, Chefe da Seção de Parasitologia do Instituto Biológico; Prof. Alípio Corrêa Netto, Presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo; Prof. Jairo Ramos, Presidente da Associação Paulista de Medicina; Dr. Carlos da Silva Lacaz, Presidente da Sociedade de Biologia de São Paulo; Sr. Eduardo Navajas, Presidente da Sociedade Brasileira de Entomologia.

Novos Médicos

Médicos de 1947 da Faculdade de Medicina — Realizaram no dia 23 de dezembro as festas de formatura da turma de 1947 da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sendo paraninfo o Prof. Eurico da Silva Bastos, catedrático de Clínica Cirúrgica.

As nove horas, missa solene, em ação de graças, na Igreja N. S. do Carmo, à rua Martiniano de Carvalho. Foi celebrante S. Eminência Reverendíssima D. Carlos Carmelo de Vasconcelos Mota, Cardeal Arcebispo de São Paulo.

As 21,30 horas, cerimônia da colação de grau, no Teatro Municipal.

São os seguintes os médicos da 30.ª turma (1947):

Adhemar Monteiro Pacheco, Anelise Strauss, Antonio Damasco, Ariosto Martirani, Aristoteles Mosca, Armando de Oliveira Filho, Armando Piovesan, Assisele Vascon-

celos, Bernardo Bedrikow, Bruno Giordano, Carlos A. de Moura Ribeiro, Carlos Raul de Moraes Arantes, Carlos Villela de Faria, Carlos Zindel, Chaim Miguel Chaim, Cosme De Guarnieri Netto, Decio de Oliveira Penna, Denise Altenheim, Dirceu Doretto, Domingos Mazzonetto de Cillo, Drina Coelho, Dúlio Crispim Farina, Elias Soubine Naufal, Emilio Abud, Emilio Salum, Eros Abrantes Erhart, Francisco Antonio Piccione, Francisco Juliano Beraldi, Gonçalo Regis Nogueira, Helio Buck, Jabra José, Jamil Sallum, João Angelo Abatayguara, João Ribeiro de Oliveira, Jorge Barifaldi Hirs, José Collarile, José Geraldo Marcondes Pereira, José Giordano, José Henrique Ferreira Brandão, Junta Marins da Silveira, Laércio Lobo de Moraes, Laertes de Moura Ferrão, Lamartine Junqueira Paiva, Luciano de Souza Marques, Lucy Ann Kinloch Brown, Luiz

Augusto Nóra Antunes, Luiz de Aguiar Magano, Luiz Carlos de Barros, Luiz Falgetano Sobrinho, Lygia Bastos Aguiar, Manoel Munhoz, Maria de Lourdes Salomão, Maurício Fang, Mitsu Omatsu, Moacir Machado Cardoso, Odilon Mamede, Orfeu Gilberto D'Agostini, Oscar Massariol Farina, Oscar Teixeira, Osvaldo Martins Leal, Osvaldo Salzano, Paulo Araujo Homem de Mello, Paulo Emilio Vanzolini, Renato Piza de Souza Carvalho, Rivaldo de Azevedo Filho, Roberto Paulo de Araujo, Roble Teixeira de Aquino, Ruy Dantas de Oliveira, Ruy Raia, Ruy Monteiro C. de Camargo, Seraphim Martins, Sergio Caruso, Sylvio Sacramento, Toshiyasu Fujioka, Ubirajara Barreto Dellape, Ulysses de Andrade e Silva, Venancio Ferreira Alves Filho, Vircia Gonçalves de Oliveira, Victor Pereira, Waldomiro Ayres, Walter Eleuterio Rodrigues, Wilson Hespanha Gonçalves.

Colação de grau da Escola Paulista de Medicina — Realizaram-se no dia 18 dezembro as festas de colação de grau da turma de 1947 da Escola Paulista de Medicina.

Pela manhã, na Igreja do Convento do Carmo, houve missa em ação de graças, sendo celebrante d. Carlos Carmelo, cardeal-arcebispo de São Paulo.

As 21 horas, no Teatro Municipal, solene colação de grau, sendo paraninfo o prof. Flávio da Fonseca e orador da turma, o doutorando Paulo Fraletti.

E' a seguinte a relação dos doutorandos de 1947: Abrahão Korjes, Adolfo Mantovani, Affonso Antunes, Américo Giovannetti, Américo Zoppi, Angelo Pava, Antonio Bei,

Antonio Ganme, Antonio Meloni Sobrinho, Armando de Arruda Novaes, Ary Caron Picanço de Miranda, Astolpho Ferraz Siqueira, Athos Amaral, Ayrton Ferraz Laroca, Calil Buraad Yunis, Cantidio de Moura Campos Filho, Carlos de Oliveira Santos, Carlos Infanti Marques, Celso Gomes de Figueiredo, Cesar de Natale Netto, Cicero Haddad, Cid Laerte Moura, Cyro Ferreira Penna, Dalzeli Freire Gaspar, Dante Barone, Dilermando Teixeira Favilla, Domingos Tringali, Duilio Rossi, Edgard Raoul Gomes- Eduardo Scaff, Eloy Parisi, Ernesto Austin Ahualli, Ernesto Azevedo, Eunísio Fraga, Francisco de Sena Manso, Gabriel Costa Neto, George Abraham Cury, Giocondo Milani, Gustavo Alberto de Godoy Pereira, Harry Brandi Diniz, Herminia Vieira de Almeida, Horácio Belfort Mattos, Hugo João Felipezzi, Ivan Moreira Franco, Jecy Villella dos Reis, Jemy Gustavson, Josaphat Ferreira Góes, José Andrade Grillo, José Carlos Braga de Souza, José dos Santos Perfeito, José Francisco Archimedes Lammoglia, José Franco Barrios, José Puzzi, José Roberto Bellelli, Manoel Lopré, Mansur Bittar Gebara, Mario Greco, Mario Violante, Miguel Dorgam, Miguel Maimone Pierro, Moacyr Padua Vilela, Naby Bauab, Nelson Cortez Vieira, Nelson Louzada Galvão Anderson, Oswaldo Orsolini, Oswaldo Salvestro, Paulo Fraletti, Paulo Rubens Arieta, Pedro Jorge Abrahão, Renato Palma Rocha, René Guglielmetti, Rogerio Luiz Hegg, Rubens Barbosa Tavares, Sabino Infante, Seraphim Paschoa Duran, Sylvio Bonoldi, Thomaz Imperatriz Pricoli, Uady Domingos, Vera Lima Korkes, Waldemar Poldsky.

GLUFITOL - COLAGOGO E COLERÉTICO
1 COLHER EM JEJUM

GADUSAN

O antitoxico da tuberculose

As micelas coloidais neutralizam as toxinas, o que explica a universalmente comprovada ação do Gadusan como desintoxicante da tuberculose.

"Fadiga, inquietação, febre, taquicardia, baixa da pressão arterial, anorexia, incapacidade digestiva, perda de peso, anemia e leucocitose"

(Pottenger) — tal é o quadro decorrente da tuberculo-toxemia e que desaparece com injeções endovenosas de 5 ou 10 cc. de Gadusan, três vezes por semana. Esta posologia é tolerada sem quaisquer reações, mesmo pelos nefríticos.



**INSTITUTO TERAPEUTICO
ORLANDO RANGEL**

RUA FERREIRA PONTES, 148 — RIO DE JANEIRO



Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Posse da nova diretoria — No dia 2 de dezembro p. passado tomou posse a nova diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, eleita para o ano de 1948, e constituída da seguinte forma:

Presidente, Dr. Celso Wey Magalhães; Vice-presidente, Dr. José Emanuel Teixeira de Camargo; 1.º Secretário, Dr. Cezar Paranhos de Godoy; 2.º Secretário, Dr. Orlando Theodorico de Freitas; Tesou-

reiro, Dr. Alcides Gomes Miranda; Bibliotecário, Dr. Moisés Libermann.

Comissão de Medicina — Drs. Clemente Holtmann Júnior, Arsênio Oswaldo Sevã e Francisco José Monteiro Salles. — **Comissão de Cirurgia** — Drs. Azael Lôbo, Arlindo Lemes Júnior e Armando Strazacappa. — **Comissão de Redação do Boletim** — Drs. Licurgo de Castro Santos Filho, Guedes de Melo Filho e Roldão de Toledo.

Semana Contra a Tuberculose

Aspectos da profilaxia em São Paulo — Foram os seguintes os resultados observados em relação a 1.029 pessoas examinadas nos dias 25, 26, 27, e 28 de novembro durante a campanha popular de combate a Tuberculose, na cidade de São Paulo: casos de sombras pulmonares do tipo residual, 0,24%; sombras pulmonares do tipo potencial evolutivo incerto, 3,79%; sombras pulmonares do tipo aparentemente evolutivo, 1,55%; total desses três tipos, 5,63%; sombras pulmonares com formação de cavidades, 0,77%; total geral de manchas observadas, 6,41%.

Esclareceu o Dr. Durval Amorim que essa porcentagem é elevada, pois em pesquisas anteriores obteve-se a porcentagem de 1,78% de sombras em 40.000 exames de indivíduos aparentemente sadios. Acrescentou, porém, que aquele índice não deve impressionar, pois não é, em verdade, o real. O verdadeiro oscila entre 1,50 e 2%. A elevada porcentagem observada nos exames feitos no carro postado na praça do Patriar-

ca se deve como esclareceu, ao fato de que grande parte das pessoas que procuraram se examinar suspeitavam de que apresentavam sintomas ou estavam em contacto com pessoas doentes.

Segundo a nova classificação proposta pela Associação Nacional de Tuberculose, dos Estados Unidos, o total de alterações pulmonares observados nas 66 pessoas examinadas entre 1.029 subdivide-se da seguinte forma: sombras mínimas, 77%; moderadamente avançadas, 18%; e muito avançadas, 4%. Frisou o Dr. Durval Z. Amorim que, nos laboratórios estatísticos, em que o medico espera pelo doente, observa-se exatamente o contrario.

De outra parte, esclareceu que as alterações cardiacas e da orte apresentaram respectivamente, as seguintes porcentagens: 1,16%. Por ultimo, disse ter sido auxiliado nas pesquisas pelos doutorandos srs. Airton Ferraz Laroca e Carlos de Oliveira Santos, cuja dedicação ressaltou.

PHILERGON - Fortifica de fato

Necrológico

Dr. Juan Francisco Recalde — Faleceu no dia 12 dezembro nesta capital, o professor comendador Dr. Juan Francisco Recalde, notável medico paraguaio, ha varios anos radicado entre nós e que aqui conquistou, pelos seus excepcionais predicados de espirito e coração, vasto circulo de amigos e admiradores. A noticia do desaparecimento do ilustre cirurgião causou profunda consternação em em todos os meios sociais de São Paulo, aos quais se achava intimamente ligado o saudoso extinto.

O Dr. Juan Francisco Recalde nasceu em Assunção, Paraguai, em 9 de março de 1885. Estudou no Colégio Nacional de Assunção Formou-se pela Faculdade de Medicina de Florença, na Italia, Cirurgião. Foi conselheiro da Legação do Paraguai no Rio de Janeiro e professor da Faculdade de Medicina de Assunção. Era membro honorario das Academias de Medicina do Rio de Janeiro e de Lima, Perú, socio de varias instituições esportivas desta Capital.

Deixa viuva a sra. Maria Sarah Moreno de Recalde, filha de d. Fulgencia R. Moreno e do sr. Rosario Gonzales Moreno, que foi ministro do Paraguai em nosso pais, e os seguintes filhos: Sergio Recalde, casado com d. Judith Amiri; Dr. Juan Francisco Recalde Junior, casado com d. Clementina Amiri; Julio Rafael e Maria Tereza, solteiros.

O enterro realizou-se no dia 13 de dezembro às 17 horas, saindo o feretro do Hospital D. Pedro II para o Cemiterio do Araçá.

Dr. Oscar Alves — A cirurgia brasileira acaba de sofrer grande perda, com o falecimento, a 3 de dezembro, no Rio de Janeiro, do eminente cirurgião Dr. Oscar Alves.

Conhecido como um dos mais ativos elementos da cirurgia ginecológica e obstetrica da Capital da Republica, foi o Dr. Oscar Alves durante mais de vinte e cinco anos chefe do serviço na Beneficencia Portuguesa do Rio, e na velha Santa Casa. Membro de numerosas sociedades medicas nacionais e estrangeiras — distinguiu-se o Dr. Oscar Alves especialmente na Academia Nacional de Medicina e no Colegio Brasileiro de Cirurgiões. Foi membro fundador daquele ultimo, e seu nome está ligado ao crescimento e desenvolvimento do Colegio, ao qual consagrou, desde 1929, uma constante e idealista atividade. Ocupou diversos cargos naquela sociedade, inclusive a sua presidencia, sendo seu tesoureiro por muitos anos. Representou o Colegio em diversos congressos no estrangeiro, com brilho e entusiasmo.

O seu nome está ligado ao Capitulo de São Paulo do C.B.C., pois, em 1941 — na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, juntamente com o prof. João L. Correa do Lago — inaugurava oficialmente o novo Capitulo.

Nessa memoravel sessão o Dr. Oscar Alves investia na qualidade de Mestre do Capitulo ao prof. Benedito Montenegro. Tornou-se assim, o Dr. Oscar Alves, o fundador e o patrono nato do "Capitulo de São Paulo do C. B. C.

Em recente sessão do Capitulo, logo ao saber-se do falecimento do grande cirurgião, o Dr. Sebastião Hermeto Junior, procedeu ao elogio do patrono, historiando a vida e a obra do eminente cirurgião e cidadão, exemplo de trabalhador incansavel e idealista, e de virtudes ciosas postas à prova durante a mobilização dos médicos brasileiros na ultima guerra.

DAQUINOL
(EMPOLAS)

NA GRIPE E NA
PNEUMONIA

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Os banhos radioativos

A permeabilidade da pele — Markl, Sandholzer, Lang, Janitzki, Rajewski, etc. têm controlado a permeabilidade da pele durante os banhos radoníferos e verificado que não, só a radiação superficial, como também a penetração do próprio Radon através a pele, é coisa de importância nos processos curativos.

de 30°9 até 31°3 foram expirados

34°8 — 35°1 — —

38°0 — 38°6 — —

e, em relação com a idade:

de 62 anos $\frac{1}{2}$ — —

24 — — — —

18 — $\frac{1}{2}$ — —

16 — — — —

Portanto, com a mesma quantidade de Radon nos banhos, a absorção pela pele aumenta à razão de 5 vezes acima de 38° centígr. e com pacientes mais moços.

A permeabilidade (Janitzki) num banho radonífero com 14,5 microcuries (ou 40.000 millistat.) é mais ou menos de 0,000364 microcuries, ou seja de 6.6000 átomos de Radon por cm² e por segundo.

Eles acharam que a permeabilidade fica na dependência da temperatura do banho e da idade do paciente.

A absorção de Radon (Janitzki) foi medida por meio do ar expelido e o resultado, depois de uma hora, foi o seguinte:

20 crescendo além de 70 U. M.

70 — — 210 —

150 — — 380 —

20 — — 50 U. M.

50 — — 140 —

70 — — 210 —

50 — — 250 —

Entre a radioatividade da água do banho e a concentração em Radon do sangue, Markl achou uma certa proporção, e um ponto de saturação para o sangue, de 3,54 a 3,12 ou uma média de 1,7% de Radon contido no banho.

Os efeitos do Radon inalado na superfície da água do banho devem ser adicionada e são de valor apreciável.

CONGRESSOS MÉDICOS

I Congresso Médico do Triângulo Mineiro

Sua realização em dezembro —

Promovido pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba, realizou-se dia 11 de dezembro nesta cidade, a instalação do I Congresso Médico do Triângulo Mineiro.

O certame reuniu expressões destacadas da medicina brasileira, entre elas o prof. Alípio Correa Neto, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

78)

Dando cumprimento ao programa elaborado, às 8 horas, foi rezada missa solene em ação de graças, sendo oficiante d. Alexandre Gonçalves Amaral, bispo diocesano de Uberaba.

As 9 horas 30, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia, inaugurou-se o retrato do Dr. José de Oliveira Ferreira, decano dos médicos desta cidade. Na ocasião, falaram o Dr. Paulo Rosa, referen-

Produtos novos Pinheiros

VACINAS LISADAS

ANTI-CATARRAL

CONTRA-COQUELUCHE

GINECOLÓGICA

BRONCO-PNEUMÔNICA

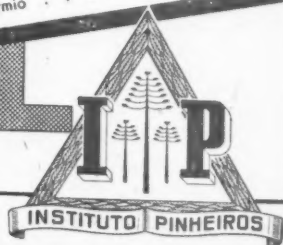
TETROPIL

ANTI-HELMINTICO

CONTRA: Ascaris lumbricoides, Ancilostoma
duodenale, Necator americano,
Trichiuris trichiura, Himeriolepsis
nana e diminuta.

FÓRMULA POR CAPSULA GELATINOSA:

Tetracloretileno	0,280 cm ³
Essência de quenopódio	0,050 cm ³
Clorofórmio	0,013 cm ³



do-se à personalidade do homenageado e, em nome deste, o Dr. Humberto de Oliveira Ferreira, secretário-geral do Congresso Médico do Triângulo Mineiro.

As 20,30 horas, no auditorio da Radio Sociedade Triângulo Mineiro, realizou-se a primeira sessão solene do certame, da qual participaram, além dos congressistas visitantes, numerosos médicos locais, autoridades eclesiásticas e civis e outras pessoas gradas.

Abrindo a sessão, o Dr. Alfredo Sabino, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba, disse algumas palavras sobre a finalidade da iniciativa daquela entidade e agradeceu o concurso dos médicos desta e de outras cidades que se achavam presentes, bem como do bispo diocesano de Uberaba.

Seguiu-se com a palavra d. Alexandre Gonçalves Amaral, que pronunciou uma palestra intitulada "Espiritualismo na Medicina".

Falou, depois o Dr. Alfredo Sabino, que ressaltou a personalidade do prof. Alípio Correa Neto, catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Agradecendo, o prof. Alípio Correa Neto teve palavras de elogios para com o empreendimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Uberaba. A seguir, focalizou alguns aspectos da questão médico-social no Brasil.

A sessão foi encerrada com a exibição de um filme documental sobre a tuberculose óssea.

Os trabalhos do certame prosseguiram nos dias seguintes com reuniões ordinárias, e no dia 14, efetuou-se a sessão solene de encerramento.

Congresso Internacional de Psiquiatria

Escolha de temas — Convocado pelo prof. Maurício Medeiros, reuniram-se no anfiteatro da Clínica Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria dos vários serviços localizados do Rio de Janeiro, afim de escolherem os temas a serem propostos como assunto do relatório geral ao Congresso Internacional de Psiquiatria, que se realizará em Paris, em 1950 e constituirão um comitê provisório que promoverá coordenação da colaboração brasileira. Após prolongados debates em que tomaram parte os professores Henrique Roxo, Maurício de Medeiros, Cunha Lopes, Bueno de Andrade, Flávio Souza, Heitor Carrilho, Adauto Botelho, Fabia Sodré, Julio Paternostro França e ou-

tros, foram escolhidos os seguintes temas: 1 — Neuroses experimentais; 2 — Psicoses Reacionais e de Situação; 3 — Anátema da Fisiologia Cerebral à Luz da Labotomia; 4 — Indicação dos Métodos de Choque; 5 — Narconalisa; 6 — Conceito da Personalidade Psicopática em Face da Psiquiatria Social. A seguir, foi aclamado o seguinte comitê provisório: professores Henrique Roxo, Maurício Medeiros, Adauto Botelho, Carrilho, Cunha Lopes, Heitor Perez, Hernani Lopes, Odilo Galotti, Flávio Souza, Alves Garcia, Leme Lopes, Nobre Mello, Mathias Costa, Fabio Sodré e Bruno de Andrade.

II Congresso Peruano de Cirurgia

II Congresso Peruano de Cirurgia Sua realização em março próximo — Sob a presidência do prof. Alberto Sabogal e tendo como vice-presidente os professores Francisco

Graña e Constantino Carvalho, realizar-se-á de 15 a 20 de março próximo, em Lima, o 2.º Congresso Peruano de Cirurgia, sob os auspícios do governo do vizinho país.

das hernias inguinais", relatado pelo prof. Guillermo Gastañeta, "Assistência aos traumatizados do Perú", relatado pelo prof. Fortunato Quesada, e "Tratamento dos abcessos do pulmão" relatado pelo Dr. Carlos Peschiera. A taxa de

adesão e de 100 soles e as inscrições devem ser feitas com o secretário geral Dr. Cesar Herand ou com o tesoureiro Dr. Oscar Gusman del Villar (Camaná 773, Lima, Perú).

Congresso das Estâncias Hidro-Minerais de Minas Gerais

Sua realização em Poços de Caldas — Reuniu-se no dia 8 de Janeiro p. passado em Poços de Caldas, o Congresso das Estancias Hidro-Minerais do Estado de Minas Gerais. Esse certame promovido pelo governo mineiro que, de acordo com as diretrizes do Plano de Recuperação Economica e Fomento da Produção, vai empreender o reaparelhamento de todas as estancias do Estado com o fim de utilizar, de modo racional, as possibilidades dessa fonte natural de riqueza.

No decorrer do certame foram examinados todos os problemas economicos, tecnicos e científicos, participando desses estudos representantes de classe e entidades científicas e de todas as organizações direta ou indiretamente ligadas á vida das termas.

O Congresso das Estancias Hidro-mineiras foi presidida pelo sr. Americo Gianetti, secretario da Agricultura do governo mineiro, devendo a solenidade de instalação ou de encerramento contar com a presença do governador Milton Campos.

A legenda do Congresso. — A legenda do Congresso, que abaixo publicamos, dá uma idéa da variedade e amplitude das questões a serem examinadas para imediata solução:

Secção I — Proteção e defesa das Estancias — Regulamentação do art. 171 da Constituição Estadual. Area de reserva e proteção às fontes minerais e às florestas circunvizinhas. Plano geral de melhoramentos, delimitando-se os in-

teresses estaduais e municipais. Plano de saneamento e urbanismo. Instituição de conselhos, em cada Estancia, para fiscalizar a execução do plano geral. Normas para aplicação das rendas das Estancias.

Secção II — Prolongamento do periodo da Estação — Medidas que visam o prolongamento do periodo das estações: abatimento nos preços de tratamento hidroterapêutico e de hospedagem, nos três meses que antecedem e que sucedem o periodo da estação, especialmente com relação aos servidores públicos e de autarquias e aos trabalhadores em geral.

Secção III — Situação das termas e balneários — Reestruturação do quadro dos servidores das termas e balneários e definição de sua situação jurídica, em face da legislação vigente.

Secção IV — Organização tecnico-científica das Estancias — Harmonização de interesses comuns à coletividade e à classe médica e os desta com os do Estado. Reaparelhamento dos balneários. Serviço de hospitalização. Ensino e cultura de hidroclimatologia.

Secção V — Organização hoteleira — Hoteis mistos de turismo e regime. Hoteis de turismo. Escolas especializadas de arte culinária e serviços hoteleiros.

Secção V — Organização hoteleira — Hoteis mistos de turismo. Escolas especializadas de arte culinária e serviços hoteleiros.

Secção VI — Facilidade de acesso às Estancias — Vias de comu-

nicações: aeroviárias, ferroviárias e rodoviárias. Campos de pouso. Ligações: aeroviárias, ferroviárias e rodoviárias, melhoramentos e conservação. Restabelecimento dos trens de veranistas. Viagens de excursão.

Secção VII — Aumento da frequência às estâncias — Utilização das agências de turismo e informações. Propaganda turística no país e no estrangeiro. Facilidade aos aquistas estrangeiros com relação a transporte, desembaraço alfandegário, aquisição de divisas de turismo etc. Outras sugestões.

Secção VIII — Incremento da produção das guas minerais naturais — Medidas visando a produção, propaganda, defesa, transporte, distribuição e consumo das águas naturais.

Secção IX — Política de fretes e fiscal — Redução de fretes de transporte. Preços de passagens em trens especiais. Amparo fiscal às atividades econômicas das Estâncias e dos respectivos produtos.

A secção X compreendeu assuntos e problemas peculiares a cada estância.

IV Curso de Cirurgia da Litíase

Realização em Cordoba — O prof. Pablo Mirizzi fará realizar em maio do corrente ano, de 3 a 15, em seu Serviço na Faculdade de Medicina de Córdoba, Argentina, pela 4.ª vez, o seu já afamado "Curso de Cirurgia da Litíase Biliária" para médicos na-

cionais e estrangeiros. O curso constará de oito conferências proferidas pelos profs. José M. Valdés, José M. Urrutia, José Oviedo Bustos, Luis Ferraris e Pablo Mirizzi. Haverá 12 dias de trabalhos práticos. A inscrição é de 100 pesos argentinos.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Técnica Radiológica, L. B. Sante, edição portuguesa da 12.ª edição, Editora Gertum Carneiro S. A., (Rua México, 128), Rio de Janeiro, 1947.

A 12.ª edição americana da "Técnica Radiológica" de L. B. Sante, em tradução perfeita de Paulo Tibeau Franca, médico radiologista, e Paulo Franchini de Melo, engenheiro electrotécnico, apresenta-se num bellissimo volume encadernado e impresso em papel "couché", contendo 450 páginas fartamente ilustradas com fotografias, radiografias, desenhos, esquemas e modelos de fichário num total de quasi 300 figuras. Nos 14 capítulos em que está dividido o volume o autor faz, inicialmente um ligeiro histórico da radiologia para nos 7 capítulos se-

guintes, transmitir em linguagem simples, conhecimentos básicos de física do magnetismo e da electricidade, particularidades sobre as ampolas de R. X., produção e propriedades físicas do R. X., calibração dos aparelhos de R. X., fatores essenciais e técnica na roentgenografia e técnica da camara escura.

O IX capítulo é dedicado inteiramente às posições padrões para Roentgenografia, que é, sem dúvida, a parte mais interessante desta obra, não só pela maneira como está disposto o assunto como pelo modo prático e bastante objetivo com que os diferentes problemas são discutidos e esclarecidos com fotografias, esquemas e ótimas radiografias.

Nos capítulos finais são dadas instruções para a proteção contra

UMA OPORTUNA REEDIÇÃO
EMBRIOLOGIA HUMANA E COMPARADA
Ontogênese e Teratogênese

pelos Professores

DRS. CARMO LORDY, JOSÉ ORIA e JOÃO THOMAZ DE AQUINO
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Obra fundamental para professor e aluno, para biólogos e especialistas das diferentes disciplinas médicas, interessando ainda a farmacêuticos, dentistas e quantos direta ou indiretamente se acham ligados à medicina.

Os mais variados aspectos da moderna ciência de Embriologia. As mais recentes conquistas na Gonologia, na Endocrinologia, etc.. Estudo da íntima relação entre os resíduos embrionários com o desenvolvimento dos tumores masculinizantes e feminizantes do ovário.

2.^a edição completamente revista, atualizada e ampliada —
1 148 páginas — 634 gravuras — Formato 18,5 x 23 cms.
Volume encadernado em percaline com sobrecapa: Cr. \$ 280,00

Em todas as boas livrarias, ou pelo "Serviço de Reembolso Postal", diretamente nas

"EDIÇÕES MELHORAMENTOS"
Caixa Postal, 120-B SÃO PAULO

Anti-tóxico, anti-necrótico, anti-infeccioso

Climax

ACROPSIN

AUTO E HETERO-INTOXICAÇÕES
TOXEMIAS DAS DOENÇAS INFECCIOSAS
ENFERMIDADES HEPÁTICAS
ESTADOS ALÉRGICOS
PRÉ E POST-OPERATÓRIOS
VEÍCULO DOS ARSENOBENZÓIS
USO INTRAMUSCULAR OU ENDOVENOSO

exposição excessiva dos R. X., indicações e noções de anatomia aos Técnicos, e cuidados e preparo do paciente, terminando com um glossário e um plano prático e bastante inteligente de organização de um Departamento de Radiologia o que torna este livro indispensável a todo técnico ou clínico que se dedica ao estudo da Roentgenologia.

Tema de Cirurgia de Urgencia

— P. Larghero Jbarz, A. Monteverde & Cia. (25 de Mayo, 577), Montevideo, 1944.

O prof. Larghero é um dos valores mais em evidência nas rodas cirúrgicas de Montevideo. Professor de Patologia Cirúrgica, produz sem os alardes extemporâneos dos que "querem aparecer" e impõe-se pelo próprio trabalho e pela orientação sensata e segura que imprime à sua cátedra. Neste primeiro volume de trabalhos, demonstra a profundidade dos seus conhecimentos e realiza uma velha aspiração de reunir em livro trabalhos que podem ser de grande utilidade para os seus leitores. Oito são os temas abordados e todos de interesse prático não só para cirurgiões como para os clínicos, sobresaindo se entre eles "as hemorragias gastro-duodenais graves e "peritoníticas". O volume contém mais de 300 páginas, com numerosas ilustrações originais.

Tratamiento médico de la ulcera gastro-duodenal experimental.

— Dr. Juan Nasio, edição de La Prensa Médica Argentina (Junin 845), Buenos Aires, 1946.

O assunto abordado é de grande atualidade. Mesmo entre nós, onde cada vez mais se firma a orientação intervencionista e tratamento conservador é defendido por muitos médicos e a maioria dos cirurgiões, mui judiciosamente, só intervem diante do fracasso do tratamento clínico. O presente trabalho baseado em experimentações numerosas e bem conduzidas, atrai a atenção do leitor, que percorre com interesse a centena e meia de

páginas do livro. Provou o A. que o estilbestrol e a antuitrin S reduzem a incidência da úlcera provocada por cincofeno, o que justifica e menor incidência da úlcera na mulher e o fato de que a moléstia sofre remissão durante a gravidez. O trabalho do prof. Nasio é devidamente documentado e mereceu um prefácio do prof. A. C. Ivy, de Chicago.

La medicina en la Historia —

Victor Robinson, Ediciones del Tridente, Buenos Aires, 1947.

Trata-se de uma excelente tradução do livro do professor de História da Medicina da Temple University, de Filadélfia. Neste livro o A. recorda a luta da Medicina contra a dor, o fanatismo e as superstições em todas as épocas e em todos os povos. O livro começa com um capítulo sobre a Medicina na idade da pedra e termina com um capítulo sobre o panorama da medicina moderna nos Estados Unidos. É um livro de leitura amena e interessante, que todo médico deve folhear e meditar nas duas horas de descanso. O volume contém perto de 500 páginas, com ilustrações, e custa 30 pesos argentinos.

Harmonia dos sentidos — Octacílio de Carvalho Lopes, edição do autor, S. Paulo, 1947.

Com um prefácio de Menotti Del Picchia, o A. enfeixou em elegante livrinho de 96 páginas, o trabalho com que merecidamente conquistou o "prêmio de Cultura Geral J. de Almeida Camargo", instituído e distribuído pela Associação Paulista de Medicina. O A. já se impusera na literatura médica, fazendo juz a elogios sem conta o seu ensaio sobre "A surdez de Beethoven" e os livros "Complicações oftálmicas da sinusite maxilar" (prêmio Moura Brasil de 1940), "Quimioterapia do Tracoma" e "Oftalmia simpática" (prêmio Moura Brasil de 1944). O presente volume é mais uma afirmação categórica da grande cultura e alto valor do A. e merece a leitura de

todos aqueles que gostam de amenisar as labutas profissionais com arte da boa.

Broncogenic carcinoma — Viking Olov Bjork, Lund, 1947.

E' mais um excelente volume que nos vem da Escandinavia. Para se aquilatar do seu alto valor, basta dizer que é o estudo detalhado de 345 casos de cancer broncogênico dos pulmões, dos quais 90% em homens, com predominância entre 50-54 anos de idade. Havia 12% de localização periférica. Mortalidade operatória 30%, mais 6% por complicações, mais 17% por metástases; 45% permanecia vivos e bem. A pneumectomia foi realizada em 93% dos casos e a lobectomia em 7%. O volume contem 113 páginas.

Les Formes de Femme, André Binet, Vigot Frères, Editeurs — 23, Rue de l'Ecole de Médecine, Paris, 6.^o, França.

A primeira edição deste livro há muito está esgotada e já teve sua tradução para a lingua espanhola. Agora o professor Binet nos apresenta uma nova edição cuidadosamente completada e atualizada. Ele se dirige a toda elite culta e em particular aos médicos e aos artistas. Tanto uns como outros necessitam efectivamente de adquirir um conhecimento mais perfeito do corpo humano. Eles encontram nesta obra ensinamentos colhidos em fontes seguras, apresentados de modo agradável, em ótima linguagem e enriquecidos de numerosas reproduções de obra de arte. Na primeira parte o autor estuda a plástica da mulher normal e celebra a beleza impecavel das creaturas jovens. Na segunda parte são estudadas as variações da morfologia feminina, o que o autor denomina "O museu das desgraças". E' o grande cortejo de grandes e pequenas, magras e gordas, mal feitas de corpo, etc. Os caracteres étnicos das mulheres da raça branca são considerados abertamente enquanto a penumbra cai sôbre as mulheres de cor. Aprecia-

mos ainda as modificações que sofre a plástica pela gordura, as enfermidades e mais particularmente o funcionamento defeituoso das glândulas endocrinas. Enfim, acompanhamos a evolução do corpo da mulher através dos anos, até à velhice. O mérito deste livro é o de nos ensinar a olhar. Saber ver é a base da arte médica tanto quanto de outra qualquer.

A Penicilina por via arterial nas osteomielites, Eurico Branco Ribeiro — São Paulo Editora S. A. imprimiu, 124 págs., 1947.

Esta pequena monografia encara uma das mais importantes vias de introdução de medicamentos que o médico possui contra os agentes patogênicos. E' de estranhar mesmo como não seja esta via mais difundida e não se tenha tornado um processo de rotina.

Aliás, um dos valores com que conta este opúsculo, pela clareza, simplicidade e sabedoria em que se acha exposto, é o da melhor difusão, em nosso meio, de um método de valor inestimavel, aliado à sua inocuidade e facilidade de execução, que o tornam insubstituível.

O A. mostra, em interessante capítulo, a historia da utilização das artérias para a introdução de medicamentos, cujos primeiros ensaios datam de 1665. Daí por diante, a evolução do método é acompanhada detalhadamente até os nossos dias, passando pelos trabalhos de Jules Courmont (1913), os irmãos Fiolle, Leriche (1914) e Egas Muniz (1928) até Reinaldo dos Santos (1929), que marcou inicio da maior divulgação da nova via.

Estuda depois a evolução do método no Brasil, citando frequentemente a colaboração de Borelli, adepto fervoroso do novo método.

Conta-nos que, com o advento das sulfas e a possibilidade de seu uso por via arterial, aliás, apontado por Leriche, tomou a iniciativa de pô-lo em prática em 1940 com excelentes resultados confirmados por outros autores.

Com essa experiência, o A. emprega a penicilina, logo após o seu lançamento em nosso meio, pelo mesmo processo, conseguindo então ótimos resultados, apesar das dificuldades com que foi praticado, dada a escassez do produto entre nós naquela época (o estudo foi realizado em 1945).

"Vantagens da via arterial", a nosso ver o mais importante dos capítulos, esclarece e relembra o modo especial da ação do medicamento, do seu maior aproveitamento e dos resultados obtidos não só pela ação da droga em si, como pelas modificações circulatórias reflexas de origem simpática (periarterial) produzidas pela simples introdução nas artérias de uma substância, tão benéfica por si só, na reparação dos tecidos lesados. Neste capítulo há um ponto que merece ser comentado: quando o A. analisa as vantagens da arterioterapia, concorda que a estase venosa à custa de um garrote na raiz do membro torna mais intensa a ação medicamentosa, e citando José dos Santos, Reinaldo Santos e Izidro Ortega, fala da "ação local várias vezes reforçada, me-

nos toxidez e menor dose — ação máxima em dose mínima — da maior concentração local já verificada experimentalmente, etc...", termina satisfazendo-se com os bons resultados obtidos sem o uso do garrote.

Quer nos parecer que sendo bom, mas que, por um artifício de técnica, aliás simples e inócuo, torna-se o método melhor, deveria ser preferido nesta última forma. Já que o A. concorda com a superioridade do uso do garrote, por que não preferi-lo?

Pelas observações publicadas, conclui-se que, se os resultados são excelentes mesmo com doses tão pequenas (dificuldade de aquisição), atualmente, com a facilidade de obtenção do produto, os resultados serão os mais promissores, tornando-se o método de escolha do tratamento da osteomielite.

Este trabalho de incontestável utilidade, merece ser lido para que, com o uso do método exposto possamos enfrentar mais facilmente tão desagradável enfermidade. — Donato D'Angelo.

(Da "Revista Brasileira de Cirurgia", XIV, 8, agosto de 1947).

BIOAMINAS GAMA

(Formula MASCULINA)

Composição: — Vitamina B1 0,015 g. (4995 U.)
 Vitamina O 0,250 g. (5000 U.)
 Solutos de aminoácidos. q.s.p. 2 cm³

Aminoácidos de testículos, próstata, córtex da suprarrenal, cérebro, tireoide, fígado, hipófise, correspondente a 2g. de órgão fresco.

Indicações: — Insuficiências testiculares puras ou associadas, estados de convalescença e desnutrição, de pressões e distonias nervosas.

Dose e Uso: — 1 ampola diariamente por via intramuscular.

Apresentação: — Caixas com 6 ampolas de 2 cm³.

BIOAMINAS GAMA

(Formula FEMININA)

Composição: — Vitamina B1 0,015 g. (4995 U.)
 Vitamina O 0,250 g. (5000 U.)
 Solutos de aminoácidos. q.s.p. 2 cm³

Aminoácidos de ovário, cérebro, tireoide, fígado e hipófise, correspondentes a 2g. de órgão fresco.

Indicações: — Insuficiências ovarianas puras ou associadas, estados de convalescença e desnutrição, depressões e distonias nervosas.

Dose e Uso: — 1 ampola diariamente por via intramuscular.

Apresentação: — Caixas com 6 ampolas de 2 cm³.

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

Rua S. Luiz, 161 — Fone 4-5106 — End. Tel. "Biológico" — S. Paulo

-
o
a
i-
,
s
o

l,
c-
r-
er
á
o-
e

s,
s
s
i-
a-
e-
s,
a

el
e,
s-
o
o-
i-
o).

o,
e

-
e

A
o